

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1900-1901. — N° 56

De l'Emploi des Injections sous-cutanées
DE
NITRATE D'ARGENT
Comme Moyen Révulsif
(ÉTUDE CLINIQUE)

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1900
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON VERNOTTE

Né à Saint-Aubin (Jura), le 9 septembre 1866



LYON
IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C.
Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière. 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 56

De l'Emploi des Injections sous-cutanées

DE

NITRATE D'ARGENT

Comme Moyen Révulsif

(ÉTUDE CLINIQUE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

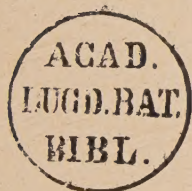
Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON VERNOTTE

Né à Saint-Aubin (Jura), le 9 septembre 1866



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSUR.
CROLAS QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.).	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, Président ; M. ROQUE, Assesseur ;
MM. ROLLET et SIRAUD, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS
ET DE MES BEAUX-PARENTS

A MON ÉPOUSE
ET A MES ENFANTS BIEN AIMÉS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR le PROFESSEUR BONDET

Notre scolarité médicale est terminée, et nous offrons aujourd'hui à tous nos maîtres de l'Université et des Hôpitaux lyonnais, pour leur enseignement doctrinal et clinique, nos plus vifs sentiments de reconnaissance.

Nous remercions en particulier M. le professeur Bondet, de l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, du reste à lui revient la paternité de notre sujet.

M. le docteur Chappet, médecin des Hôpitaux, nous permettra de lui exprimer notre profonde gratitude pour la sympathie toute spéciale qu'il nous a témoignée.

M. le docteur Piéry, chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine, nous a aidé dans la rédaction et dans la correction de notre modeste travail. Nous avons bénéficié de ses très obligeants avis et de ses critiques sûres et parfaitement cordiales. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous adressons aussi un affectueux souvenir aux prêtres vénérés qui, au temps déjà éloigné de nos études secondaires, nous ont prodigué et vertueux conseils et leçons autorisées.

Enfin, que nos autres amis reçoivent ici l'assurance de notre inaltérable attachement.

AVANT-PROPOS

Nous avons tenté ici, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Bondet, l'étude d'un procédé nouveau et énergique de révulsion : les injections sous-cutanées de nitrate d'argent.

Ce procédé a donné à notre maître, depuis quelques années, des succès nombreux.

C'est l'étude de quelques-unes de ces observations que nous avons entreprise ici.

Montrer, comme nous comptons le faire, que la révulsion, sous l'une de ses formes les plus énergiques, est capable de donner des succès certains en thérapeutique, c'est contribuer certainement, pour une part, si faible soit-elle, à la réhabilitation de la révulsion.

Au temps de Broussais, c'eût été certainement une hérésie de douter de la révulsion qui luttait, par un travail pathologique substitutif, directement contre la phlogose, essence de toute maladie spécifique.

Mais, à la suite de la réaction qui se produisit contre les idées trop exclusives de Broussais; à la suite des travaux de Virchow, qui déniait toute importance aux phénomènes vasculaires dans l'inflammation, la révulsion, tolérée encore, voyait son crédit décroître de jour en jour.

Les conceptions de Conheim et de Metschnikoff, aboutissant à une théorie neuve de l'inflammation, devaient accentuer encore l'abandon de ce procédé thérapeutique qui ne trouvait plus la légitimité de son emploi devant les doctrines nouvelles de la pathologie générale.

Peut-être, cependant, est-il permis, dans les travaux anatomo-pathologiques les plus récents, de voir poindre l'aurore d'une période qui verra probablement la réhabilitation de la révulsion.

L'inflammation semble reprendre un terrain que lui avait fait perdre les exagérations de Broussais. Ainsi la gastrite est étudiée à nouveau avec M. Hayem et ses élèves, et vient prendre place à côté des dyspepsies; la pleurésie et la péritonite subaiguës sont substituées à l'hydrothorax et à l'ascite, etc. Les causes mécaniques passent au second plan dans la pathogénie des maladies, telles que les lithiases, les ictères, l'asystolie.

Toutefois l'évolution des idées ne s'effectue encore, pour l'instant, que sur le domaine de l'anatomie pathologique et de la pathologie générale.

Il est juste, cependant, de rappeler qu'un réveil des esprits s'est fait, dans ces derniers temps, en faveur du vésicatoire, et notre maître, M. le Profes-

seur Bondet, dans la thèse de son élève Bablon, s'est notamment attaché à montrer que l'emplâtre vésicant était un procédé thérapeutique, non seulement toujours inoffensif, mais, en outre, des plus précieux pour le clinicien.

Notre travail a pour but d'apporter, lui aussi, une contribution à la rénovation du procédé général de la révulsion, en montrant que si cette dernière est faite d'une façon suffisamment énergique, il est possible d'en retirer des bénéfices thérapeutiques immédiats et certains.

Ce n'est donc pas l'étude d'un procédé thérapeutique nouveau que nous avons entreprise ici, mais simplement l'étude d'un procédé nouveau de révulsion plus énergique et plus sûr, croyons-nous, que ses devanciers, et, ce sont les résultats des plus satisfaisants que nous avons vu obtenir qui sont ici rapportés.

L'exposé de notre travail comprendra :

Premièrement, l'analyse et le commentaire de nos observations cliniques.

Deuxièmement, les indications et les contre indications du nitrate d'argent, telles qu'elles résultent de l'étude même des observations précédentes.

Troisièmement, la technique de ces injections.

Quatrièmement, nous esquissons l'étude du mode d'action de ce genre de traitement.

Nos observations sont enfin réunies dans un dernier chapitre, à titre de pièces justificatives des opinions que nous avons cru devoir émettre.

CHAPITRE PREMIER

Analyse et Commentaire de nos observations.

Nos observations sont au nombre de douze : sept ont trait à des affections de l'appareil digestif ; une est relative à une lésion du rein ; les quatre autres se rapportent à des troubles du système nerveux.

Nous rapprocherons l'une de l'autre les observations qui visent le même organe, et nous en aurons ainsi trois groupes sous la désignation desquels nous les examinerons successivement.

A. — ESTOMAC.

Nous avons sept observations de malades atteints d'affections gastriques variées, chez lesquels on

appliqua le traitement révulsif par les injections de nitrate d'argent.

Nous les examinerons dans l'ordre suivant :

- a). Gastrite ulcéreuse alcoolique.
- b). Ulcère.
- c). Maladie de Reichmann.
- d). Hypersécrétion. — Nervosisme.
- e). Hyperchlorhydrie avec dilatation. — Alcoolisme. — Saturnisme.
- f). Hyperchlorhydrie. — Ancien ulcère.

OBSERVATION I.

a). *Gastrite ulcéreuse alcoolique.*

G. . . , Jean, 32 ans,

Ce malade fit plusieurs séjours à l'hôpital pour son affection, qui débuta par des douleurs épigastriques et des vomissements. On le traita d'abord par les alcalins, sans grand succès. Puis, on lui fit des injections de nitrate d'argent, à la suite desquelles il reprit son travail et jouit d'une excellente santé pendant deux mois.

En janvier 1899 il entra à la salle Saint-Bruno où il fut traité par le bi-carbonate de soude et le régime lacté. En outre des troubles déjà mentionnés, vomissements et douleurs, il présenta du méloëna.

De la salle Saint-Bruno il passa à la salle Saint-Augustin où la gastrite ulcéreuse qui s'annonçait

chez lui, à Saint-Bruno, apparut, avec tout le cortège de ses symptômes : douleur épigastrique continuelle, avec exaspération au moment des digestions, sensation de brûlure, renvois acides, gastrodynie en broche, appétit très diminué, digestion très pénible de la viande, mélœna.

Le 13 février, l'examen du contenu de son estomac donna une acidité totale = 3,11 et une acidité chlorhydrique = 2,10.

On lui appliqua des sangsues à l'épigastre, qui lui apportèrent un grand soulagement. Mais il continua de présenter du mélœna.

Le 15, on refit le chimisme qui donna une acidité totale = 1,05 et une acidité chlorhydrique = 0,7. L'acidité totale et chlorhydrique avaient donc diminué. Mais le malade éprouva une vive douleur stomacale dans le décubitus dorsal. Alors, le 16 mars, on lui fit trois injections, de 3 gouttes chacune, de la solution à 1/10 de nitrate d'argent.

Le 10, trois abcès s'ouvrirent et un très grand soulagement en résulta pour le malade.

Le 19, le malade ne souffrait plus du tout, ni à la pression sur l'épigastre, ni spontanément, ni par l'ingestion des aliments. Il n'avait plus de vomissements et sortait, le 22 mars, se disant guéri.

Enfin, le 14 décembre, le malade revint, présentant de nouveau ses anciens troubles digestifs, avec, en plus, de la dilatation d'estomac.

Le lendemain, on fit son chimisme gastrique qui donna une acidité totale = 1,75 et HCl libre = 1,20.

Le 31 décembre, on lui injecta à l'épigastre XX gouttes de la solution du sel d'argent.

Le 8 janvier, on ouvrit les abcès.

Le 11, on constata que le malade est beaucoup mieux, qu'il ne souffre plus, que l'appétit lui est revenu.

Le 2 février, il sort très amélioré.

Cette observation parle bien haut en faveur des injections de nitrate d'argent.

En effet, ce malade est un intoxiqué, chez qui l'alcool est responsable des troubles gastriques. De plus, c'est un buveur endurci, qui retombe dans ses excès favoris, chaque fois que les phénomènes morbides en résultant chez lui disparaissent sous l'influence du traitement argentique.

Donc il subit, à trois reprises, les piqûres de nitrate.

Les deux premières interventions, en octobre 1898, et en mars 1899, furent suivies d'un succès parfait, et le malade put, à leur suite, quitter l'Hôtel-Dieu à peu près complètement guéri.

Ainsi, le nitrate d'argent fut absolument efficace dans ce cas où les autres traitements auxquels il fut soumis : hautes doses d'alcalins, potions chloroformées et laudanisées, régime lacté, sangsues, n'avaient eu que de bons effets passagers.

Enfin, dans son quatrième séjour, le même traitement par la révulsion argentique fut suivi du même succès.

Prétendra-t-on que l'efficacité du nitrate a été pour

le moins favorisée, dans ce cas, par l'emploi simultané des alcalins, etc.?

A cette objection nous répondrons par l'exposé et l'analyse des deux observations suivantes, où, d'une façon systématique, le nitrate d'argent ne fut employé qu'après l'échec des méthodes habituelles de traitement.

OBSERVATION II

b). — Maladie de Reichmann.

M. . . , Charles, 27 ans, salle Saint-Augustin.

Le malade qui fait le sujet de cette observation souffrait, depuis 10 ans, de troubles stomacaux qui l'ont forcé de cesser son travail.

L'examen du malade et son chimisme montrent qu'il s'agit ici d'un type de la maladie de Reichmann.

En effet, le malade accuse une douleur gastrique continue, même à jeun, mais jamais extrêmement intense. Cette douleur n'est pas exagérée par l'ingestion des aliments et n'est pas en broche; le malade accuse, en outre, quelques vomissements aigus, muqueux, des renvois brûlants, une constipation habituelle.

La palpation et la percussion de l'estomac dénotent que cet organe est dilaté, non douloureux à la pression, sonore sur une étendue qui dépasse de deux travers de doigts l'ombilic. Elles donnent enfin du clapotage.

Le diagnostic se confirme aussi par le chimisme

Or, l'attention avait été attirée sur les bons résultats de la révulsion argentique chez le malade de l'observation précédente. Mais, pour mieux juger l'effet du nitrate, M. Piéry, chef de clinique adjoint, employa, dans ce cas, d'abord le traitement habituel, par les alcalins à haute dose pendant 15 jours, mais sans aucun résultat. C'est alors que les injections de nitrate d'argent furent proposées au malade qui les accepta.

Le 30 mars on lui injecta à l'épigastre XV gouttes de la solution à 1/10 de nitrate d'argent.

Le lendemain, la douleur avait cessé et le malade allait mieux. Les abcès se produisirent quelques jours plus tard.

Le malade quitta le service, se déclarant très amélioré.

Ici les deux traitements, alcalin et révulsif, ont été successivement employés.

Le premier ne donna rien.

Il faut donc attribuer au second l'amélioration si prompte et si nette qui suivit son application.

En outre, il est intéressant de remarquer chez ce malade, que, sans inconvénient pour lui, l'acidité totale et HCl de son suc gastrique avait augmenté après les injections. Avant les injections, l'acidité totale était de 3.90, HCl = 1.40. Après les injections, l'acidité totale s'éleva à 4.90, HCl = 3.65.

Nous tirerons parti de ce fait dans notre chapitre du mode d'action des injections hypodermiques.

OBSERVATION III

c). — *Ulcère. — Hystérie.*

B. . . , Rose.

On note dans le passé de cette malade trois érysipèles et une fièvre typhoïde.

La malade souffre de troubles digestifs depuis l'âge de 21 ans.

Dans un premier séjour à l'hôpital, on la mit à la diète avec lavements alimentaires, puis au régime lacté et au bicarbonate de soude. Elle fut ainsi améliorée pour cinq, six mois. Puis les anciens symptômes reparurent et la malade entra, en juillet, dans la salle Teissier.

Douleur assez bien limitée à la pression sur l'épigastre; ingestion des aliments suivie de renvois aigres, de régurgitations acides et d'une douleur stomacale vive presque immédiate, s'irradiant dans le dos et le membre supérieur droit, pendant en moyenne une heure; nul appétit, si ce n'est pour les aliments épicés; constipation; quelques vomissements bilieux, acides; la malade présente tout l'ensemble symptomatique de l'ulcère. On la soumet d'abord au traitement spécial: lavements alimentaires et diète lactée. On lui fait, en outre, des applications de compresses trempées dans l'eau chaude, contre la douleur.

Malgré le traitement précédent que l'on maintient

pendant plus de quinze jours, la malade ne présente aucune amélioration ; notamment les douleurs sont toujours aussi vives.

C'est alors que l'on recourt aux injections de nitrate d'argent.

Le 21 août, on lui en fait deux au creux épigastrique, qui provoquèrent deux abcès.

Quatre jours après cette intervention, les digestions n'étaient absolument plus douloureuses.

On peut alors permettre la reprise progressive de l'alimentation, qui n'amène aucun trouble digestif.

L'amélioration se poursuit ensuite jusqu'à la sortie de la malade qui a lieu le 29 août. La malade se déclare elle-même guérie.

Il n'est pas douteux que cette guérison ne soit toute entière à l'actif de la révulsion par le nitrate.

En effet, la révulsion a été employée, de parti pris, seulement après l'échec du traitement usuel.

Il est vrai qu'il s'agit ici d'une hystérique, et la suggestion peut-être pourrait-elle être invoquée. Mais alors cette suggestion aurait dû également favoriser l'action du lait, de la diète et de l'eau chaude, ce qui n'a pas eu lieu.

OBSERVATION IV

d). Maladie de Reichmann. — Nervosisme.

F..., Marie.

Les phénomènes subjectifs éprouvés par cette

malade et leur cessation du fait des injections de nitrate d'argent rendent ce cas analogue à celui du malade de notre seconde observation.

En effet, nous avons encore ici tous les symptômes de l'hypersécrétion : douleurs gastriques nocturnes ou matinales, même à jeun, avec rejet d'un liquide acide, lesquelles sont calmées par une ingestion quelconque ; digestions pesantes, s'accompagnant, deux heures environ après leur début, d'une véritable gastrodynie et d'un vomissement très aigre, de bouffées de chaleur, de renvois ; clapotage ; sonorité de l'estomac augmentée et étendue jusqu'à l'ombilic.

On lui fit prendre, sans modifier son état, de hautes doses d'alcalins, associés à du chlorhydrate de morphine, du 16 novembre au 29 décembre.

A ce moment, on fit à la malade des injections de nitrate, suivant le mode opératoire habituel. La malade en fut soulagée d'une manière « frappante ». Les troubles gastriques qu'elle ressentait, malgré le traitement alcalin, disparurent et, une quinzaine de jours après l'intervention, elle quitta l'hôpital.

Nous ne pensons pas qu'il faille, dans ce cas, restreindre l'efficacité du nitrate au bénéfice des alcalins, car ces derniers ne changèrent en rien les phénomènes pénibles ressentis par notre malade ; et ils ne furent influencés d'une façon heureuse qu'à la suite des piqûres.

Force est donc ici de rattacher à l'action du sel

d'argent, comme un effet à sa cause, l'apaisement des troubles digestifs.

OBSERVATION V

c). Hyperchlorhydrie avec dilatation de l'estomac.

F..., Marius.

Il s'agit ici d'un plâtrier peintre ayant à son actif pathologique : 4 bronchites ; une entérite, vraisemblablement d'origine plombique ; de l'alcoolisme ; une colique saturnine.

Il fit, en outre, deux séjours déjà à la salle St-Augustin, pour son affection actuelle.

Le malade présente donc les symptômes de la dilatation stomacale unie à l'hyperchlorhydrie : sensation de pesanteur, de barre à l'épigastre ; douleur crampiforme, quelquefois en broche, exaspérée par les digestions et disparaissant par un vomissement d'habitude alimentaire ; clapotage gastrique facile à produire ; sonorité stomacale anormalement étendue.

Le 17 février, on fit son chimisme gastrique qui donna une acidité totale = 6.15 et une acidité chlorhydrique = 3.90.

On appliqua au malade, cinq jours après, 10 sangsues au creux épigastrique, et on le soumit au traitement alcalin. Il fut ainsi soulagé.

Le 2 mars suivant, par un nouveau chimisme, on trouva une acidité totale = 5.15, et une acidité chlor-

hydrique = 2.50. Celle-ci avait donc diminué par l'effet du traitement.

Ce même jour, on fit au malade, à l'épigastre, deux injections de X gouttes chacune de la solution à 1/10 de nitrate d'argent.

Dès la formation des abcès, le malade se trouva beaucoup mieux. Il n'existait plus de vomissements ni de douleur. L'appétit était revenu, les fonctions digestives et intestinales s'étaient complètement rétablies.

Là encore, l'action du nitrate d'argent a été évidente contre les phénomènes d'hyperchlorhydrie présentés par ce malade alcoolique et saturnin.

Cette action a été bien supérieure à celle des alcalins et des sangsues, puisque les troubles digestifs avaient complètement disparu 20 jours après les injections.

OBSERVATION VI

f). Hystérie. — Dyspnée hystérique. — Crises gastriques hystériques.

A..., Anna.

Cette malade commença, à 17 ans, à souffrir de l'estomac.

Actuellement, elle accuse une douleur presque continue à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche; c'est plutôt une sensation de constriction s'accompagnant d'étouffement. Elle n'a pas d'appétit, pas de

vomissement, ni pyrosis. Elle a quelques renvois.

A côté de ces troubles, elle présente nettement la symptomatologie hystérique : crises caractéristiques, surtout crises de dyspnée avec polypnée diaphragmatique et déglutition d'air, d'où résulte un clapotage gastrique perçu distinctement par la malade elle-même ; ovarie droite, anesthésie mobile, anesthésie conjonctivale et cornéenne, diminution et modification du champ visuel, surtout à gauche. Donc, le tableau est assez complet.

On la traita inutilement par le bromure de potassium, la strychnine et l'électrisation. L'isolement seul donna une légère amélioration.

On fit deux fois le chimisme de cette malade. La première fois, on trouva une acidité totale de 5, 8 et une acidité chlorhydrique de 2, 3. Une seconde recherche aboutit à une acidité totale de 4, 3 et à une acidité chlorhydrique de 0, 5.

Il s'agit, dans ce cas, de crises gastriques dépendant de la névrose hystérique.

Néanmoins, on essaya des injections de nitrate d'argent poussées dans la région de l'épigastre.

Ces injections obtinrent leur résultat habituel.

La malade fut reprise du désir des aliments ; ses douleurs gastriques disparurent, ses digestions furent meilleures.

Le nitrate d'argent a été, ici encore, souverain contre les crises gastriques.

Mais il est probable que l'action révulsive n'a pas

été ici seule en cause et que la suggestion a bien pu, elle aussi, jouer un rôle favorable.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur TEISSIER).

Hyperchlorhydrie. — Ancien ulcère. —

R. . . , Wilhelmine.

Cette malade présente une complexité pathologique remarquable. Chloro-anémie, rhumatismes, accidents génitaux variés, intoxication professionnelle, nervosisme, troubles digestifs se sont succédés ou bien ont coexisté chez elle.

Ce qui domine dans son état depuis fort longtemps et ce qui l'a amenée à l'hôpital, c'est une affection stomacale. Elle éprouve, en effet, dès l'ingestion des aliments, une sensation de brûlure à l'épigastre, s'irradiant dans le dos, avec renvois acides ou gazeux et pyrosis. Ces phénomènes peuvent persister d'un repas au repas suivant, survenir à jeun et s'accompagner de vomissements alimentaires ou muqueux. Bien entendu, l'appétit est diminué, l'intestin paresseux et on note de la constipation. En outre, la palpation épigastrique est douloureuse, le clapotage facile à produire. Enfin, la malade ressent, par intervalles, des phénomènes douloureux réflexes dans toute la moitié gauche du corps, avec fourmillements, élancements.

Ces phénomènes ont résisté au bicarbonate de soude et au régime lacté.

En juillet, on lui injecta à l'épigastre l'énorme dose de un centimètre cube de nitrate d'argent. En même temps qu'à la suite de cette injection se produisit un volumineux abcès qui nécessita l'envoi de la malade en chirurgie, elle vit s'améliorer son affection. Elle eut moins de renvois, une simple pesanteur gastrique une heure après ses repas, et n'eut plus de vomissements. Ce soulagement appréciable dura environ deux mois ; puis la malade se reprit peu à peu à souffrir comme autrefois.

Ainsi on obtint une amélioration nette de la dyspepsie d'une durée de deux mois, par l'emploi du nitrate d'argent dans ce cas où le traitement alcalin et le régime lacté n'eurent aucun effet.

Quant à l'abcès consécutif, à l'injection trop forte de nitrate, qui nécessita une intervention chirurgicale (sans aucune suite fâcheuse pour la malade), nous recommanderons, au chapitre de la technique opératoire, d'éviter de dépasser la dose de X gouttes de la solution par injection, c'est-à-dire, la dose de une goutte du sel pur, la solution étant 1/10.

*
* *

La révulsion par les injections de nitrate d'argent n'a été suivie dans aucun de nos cas d'affections stomacales, d'un résultat négatif. Une seule fois (Obs. VII), on n'eut avec elle qu'une amélioration de deux mois, alors qu'on n'avait obtenu aucun soula-

gement par l'emploi des alcalins. Partout ailleurs le succès de cette révulsion a été remarquable ; ainsi dans un cas d'ulcère, dans deux autres de maladie de Reichmann, dans un de gastrite ulcéreuse, puis dans un cas d'hyperchlorhydrie, avec dilatation stomacale, enfin dans les crises gastriques d'une hystérique.

Constatons, en outre, que l'emploi des traitements habituels n'a eu à peu près aucun effet chez nos malades, et du rapprochement de ces deux faits apparaîtra évidente la supériorité de ce nouveau moyen thérapeutique dans les troubles de l'appareil digestif.

B. — REIN.

Nous n'avons qu'une seule observation de lésion rénale où la méthode de M. le professeur Bondet par les injections hypodermiques de nitrate d'argent ait été appliquée.

C'est un cas de lésion infectieuse. Mais n'empêtons pas sur l'observation.

OBSERVATION VIII

Néphrite scarlatineuse probable.

J. . . , Joannès.

Ici, c'est un jeune homme, domestique à Oullins, entré à l'hôpital pour une néphrite que l'histoire du

malade fit qualifier de scarlatineuse. Les symptômes de la scarlatine, du reste, se précisèrent chez lui après son entrée à la salle St-Augustin.

L'observation de ce malade est instructive au point de vue de l'action du nitrate d'argent.

Déjà, à Oullins, le médecin consulté avait nettement constaté l'existence d'albumine dans les urines ; on l'y trouva, d'ailleurs, à St-Augustin, jusqu'au 25 janvier, associée à des cylindres granuleux et à des cellules épithéliales.

Le 26, on fait au malade deux piquûres de nitrate.

Le 28, plus de cylindres dans les urines.

Le 5 février, les abcès sont volumineux.

Le 6, pas d'albumine et le malade reprend de jour en jour sa vigueur ancienne.

Le 13, on fait deux analyse de ses urines ; dans la première on obtient des traces d'albumine ; dans la seconde on n'en trouve pas.

Le 20, nouvelle analyse qui aboutit à la découverte de traces d'albumine.

Le malade sort, en mars, à peu près parfaitement guéri.

Cette observation prouve que l'action du nitrate sur un rein sérieusement touché ne peut être que favorable. Sans doute, le malade avait été soumis au régime lacté, auquel il faut peut-être rapporter la plus grande part dans l'amélioration de cette néphrite. Toujours est-il que, dans ce cas, la révulsion argentique n'a pas été l'auxiliaire oisive ni surtout nuisible du traitement lacté.

C). — SYSTÈME NERVEUX.

Sous ce titre, nous discuterons l'action du nitrate d'argent :

- a) Dans un cas de céphalée, vertiges et attaques apoplectiformes par artério sclérose bulbaire ;
- b) Dans un autre d'hémiplégie consécutive à un ictus ;
- c) Dans un troisième d'hématomyélie ;
- d) Dans un dernier de méningite cérébrale aiguë.

OBSERVATION IX

a). — *Céphalée, vertiges et attaques apoplectiformes par artério-sclérose bulbaire*

F... , Maurice.

On trouve dans les antécédents du malade : plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu ; dès l'âge de 32 ans de fréquents vertiges et une céphalée nocturne habituelle qui lui firent rapidement perdre la mémoire ; de nombreuses attaques apoplectiformes consécutives aux vertiges ; une hémiplégie droite avec aphasie.

Il fut soumis au traitement par l'iodure et le bromure de potassium.

Enfin, le malade entre à la salle St-Augustin, le 19 juillet dernier.

On y constata, chez lui, une démarche talonnante, la parésie du membre supérieur droit, avec trémulations digitales non influencées par le mouvement ou la volonté. Il accuse quelques brouillards et des mouches volantes dans les yeux, des troubles de la mémoire, de l'inaptitude au travail, une céphalée persistante. Le malade présente, en outre, de la polyurie, de la polydipsie et de l'albuminurie. Mais les stigmates hystériques sont absents ainsi que les symptômes syphilitiques. Ce qui domine dans cet état, c'est une céphalée intense, continue, qu'autrefois on avait soulagée en appliquant au malade des vésicatoires sur la nuque.

M. le professeur Bondet lui conseilla, le 19 août, contre ses violents maux de tête, la révulsion argentique. Le malade accepta et, le jour même, on lui fit à la nuque, de chaque côté de la ligne médiane, une injection de 1/2 centimètre cube d'azotate d'argent. Le liquide ne pénétra pas jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dès le surlendemain de l'intervention, la céphalée était assez nettement améliorée ; et cette amélioration se maintint environ *deux mois*.

Le 1^{er} septembre, douze jours après les injections, on nota du sphacèle superficiel au niveau des piquûres de nitrate.

Plusieurs enseignements se dégagent de cette observation.

a). Au point de vue spécial de la douleur céphalique dont souffrait notre malade il faut en rapporter le soulagement à la révulsion, vésicatoire et nitrate d'argent. On ne doit évidemment pas mettre à l'écart les traitements ioduré et bromuré qui, en agissant sur la lésion principale, aidaient à l'action des révulsifs.

En comparant, maintenant, les résultats obtenus successivement par les vésicatoires et par le nitrate d'argent, nous voyons :

b). Que l'efficacité des injections de nitrate fut de plus longue durée que celle des vésicatoires, puisque ceux-ci devaient être renouvelés tous les 15 jours, tandis qu'une seule intervention par le nitrate amena une amélioration de deux mois.

c). Chez ce malade, le nitrate produisit du sphacèle cutané au niveau des points révulsés. Cet accident tient à ce que l'injection n'a pas été poussée assez profondément, jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané. Nous recommandons, en effet, dans notre chapitre de la technique opératoire, d'éviter les infiltrations dermiques, car nous y avons précisément en vue l'accident relaté dans cette observation.

OBSERVATION X

Hémiplégie droite, consécutive à un ictus.

T... , Marie.

Cette malade n'est pas une hystérique, mais elle a toujours été nerveuse.

On note dans son passé : des douleurs articulaires rhumatismales et plusieurs accidents analogues à celui qui l'amène à l'hôpital.

Le 31 décembre dernier, à la suite d'une contrariété, elle perdit l'usage de la parole et du mouvement, avec ictus, sans abolition complète de la sensibilité. Puis une hémiplegie droite se constitua.

Depuis cet accident, la malade est fatiguée, a la tête lourde, peu d'appétit, quelques coliques abdominales.

Le 16 janvier, elle est reçue à la salle Teissier.

On l'examine et on constate : diminution de la sensibilité dans les deux membres inférieurs, mais non une hémianesthésie ; réflexes plantaires conservés ; réflexe rotulien exagéré à droite ; à droite, dans la région de la nuque, une douleur qui raidit le cou ; hyperesthésie conjonctivo-cornéenne, sans rétrécissement du champ visuel ; asymétrie de la face, dont la moitié droite semble parésiée ; dysarthrie ; démarche pénible en traînant les jambes, surtout la droite.

On constate, en outre, au cœur, des lésions que l'on met sur le compte d'anciens rhumatismes : insuffisance et rétrécissement mitral, insuffisance aortique.

En somme, on porte le diagnostic d'hémiplegie droite avec ictus, et on institue un traitement à l'iodure, au bromure et chlorate de potassium, et à la belladone.

Ce traitement ne parut pas modifier sensiblement l'état de la malade.

Aussi, vers le 20 mars, M. le professeur Bondet

fit faire à la malade une injection de X gouttes de la solution à 1/10 de nitrate d'argent, dans la région de la nuque, à gauche.

Le 23, l'observation de la malade porte : « Il y eut un abcès. La malade va mieux. Elle ne souffre plus de la tête. Elle parle mieux. Elle remue beaucoup mieux les membres supérieur et inférieur du côté droit ».

Cette observation est concluante.

Ici, non seulement les douleurs sont apaisées par l'emploi d'un révulsif énergique, mais la malade récupère l'usage de ses membres et de la parole.

Or, ce résultat fut obtenu par une seule injection de la solution argentique. Toutefois, dans notre chapitre de la technique opératoire, nous recommandons d'en faire deux, une de chaque côté de la ligne médiane, car il peut arriver qu'un des abcès attendus ne se forme pas, et qu'une injection soit ainsi négative.

Quoiqu'il en soit, chez cette malade, nous avons sans doute à faire leur part aux traitements antérieurs ou concomittants dans l'amélioration d'un état bien grave. Mais la soudaine efficacité du nitrate d'argent dans un cas où la thérapeutique habituelle restait paresseuse, prouve très en faveur des injections argentiques.

Dans l'intérêt donc de ces malades, qu'on emploie les agents ordinaires, mais qu'on leur associe au moins, si on ne va pas jusqu'à le leur préférer, un moyen si puissant d'intervention.

OBSERVATION XI

c). — *Hématomyélie.*

S....

Il s'agit d'un journalier, qui fut victime d'un accident. Il tomba en portant un fardeau de 80 kilogs.

Les troubles consécutifs à cette chute, c'est-à-dire : paraplégie spasmodique ; difficulté d'uriner, avec, en outre, aux membres inférieurs, tremblements épileptoïdes et contractions fibrillaires ; dissociation syringomyélique de la sensibilité ; parésie des membres supérieurs, ces troubles, disons nous, firent porter le diagnostic d'hématomyélie.

On traita le malade par les frictions d'huile et d'alcool camphrés. On lui fit prendre antipyrine et bromure de potassium. Son état resta stationnaire.

Enfin, dans le huitième mois de son séjour à l'Hôtel-Dieu, on lui fit, dans la région lombaire, deux injections de la solution à 1/10 de nitrate d'argent, mais sans aucun résultat, ni amélioration, ni aggravation des symptômes, en particulier des douleurs qui persistèrent avec leur caractère antérieur.

Sans nul doute la lésion était trop ancienne et irrémédiablement constituée.

OBSERVATION XII

Méningite cérébrale aiguë.

G...., T.

Ce diagnostic s'imposait : céphalée, constipation, vomissements, raideur de la nuque, photophobie, hyperesthésie cutanée, cris et délire, etc. Ces phénomènes constituent, par leur réunion, le syndrome méningitique. D'autre part, il ne fallait pas admettre la participation des méninges rachidiennes au processus inflammatoire, car l'absence de douleurs dorso-lombaires, de raideur de la colonne et d'opisthotonos, l'absence de contractures et de douleurs dans les membres, l'absence de troubles des réservoirs, etc., tous ces caractères négatifs faisaient éliminer la méningite spinale.

Le diagnostic porté fut donc celui de méningite cérébrale aiguë.

Or, assurément, nous ne pouvons pas soutenir que, dans ce cas, les abcès de révulsion par le nitrate ont déterminé la guérison. Lorsqu'on les a pratiqués, en effet, celle-ci était déjà en bonne voie, mais il restait encore des symptômes morbides, un peu de pesanteur de tête, et un pouls encore ralenti (50 pulsations par minute). Mais il paraît probable d'admettre que la révulsion par les injections de nitrate a achevé de liquider les dernières traces de l'inflammation, puisqu'après cette intervention, le pouls a

repris une allure normale, que toute céphalée a disparu et que le malade a pu quitter l'hôpital complètement guéri.

*
* *

En somme, dans quatre cas de lésions du système nerveux central, traités par les injections hypodermiques de nitrate d'argent, nous avons été témoin de trois succès, savoir :

- a). Dans un cas de céphalée persistante ;
- b). Dans un autre relatif à une hémiplégie ;
- c). Dans un troisième de méningite aiguë.

Nous ne doutons pas que le même traitement employé assez tôt chez notre malade atteint d'hématomyélie ne lui eût procuré du soulagement.

Sûrement d'autres succès s'ajouteront à ceux que nous venons de rapporter et, sous une forme nouvelle, la révulsion entrera de plein droit dans le chapitre de la pathologie nerveuse.

CHAPITRE II

A. — Indications

Nous n'avons ici en vue que l'étude du nitrate d'argent tel qu'il a été employé à la clinique de M. le professeur Bondet.

Nous le trouvons indiqué dans des affections qui nécessitent une révulsion énergique et pour lesquelles l'usage du vésicatoire est insuffisant. Il existe, en outre, plusieurs affections contre lesquelles on n'a pas eu jusqu'ici recours à cette méthode de révulsion et où son emploi, cependant, nous a donné des résultats excellents.

Ces affections sont :

I. — APPAREIL DIGESTIF

- a*). Gastrite ulcéreuse alcoolique.
- b*). Ulcère.
- c*). Maladie de Reichmann.
- d*). Hyperchlorhydrie.
- e*). Crises gastriques de l'hystérie.

II. — REIN

Néphrite infectieuse.

III. — SYSTÈME NERVEUX

Affections inflammatoires des centres nerveux, particulièrement celles qui sont en évolution :

- a*). Céphalée, vertiges, attaques apoplectiformes par artério-sclérose bulbaire.
- b*). Hémiplégie avec ictus.
- c*). Méningite.
- d*). En outre de ces cas, les succès de Luton (de Reims), par l'usage des injections hypodermiques de nitrate d'argent dans les névralgies rebelles, surtout la sciatique, nous permettent d'ajouter cette indication aux précédentes.

B. — Contre-indications

Les injections hypodermiques de nitrate d'argent sont absolument inoffensives, cette substance pouvant être donnée par la voie gastrique à la dose de 0,20 à 0,25 par jour.

Suivies, ou non d'abcès, elles ne présentent aucun danger.

L'altération du rein ne nous paraît pas les contre-indiquer, puisque, dans un cas de néphrite scarlatineuse, l'albumine et les cylindres ont disparu des urines, du fait de la révulsion argentique.

L'état du cœur et des vaisseaux ne va pas non plus à l'encontre de la méthode. Aucun accident cardiaque ou vasculaire n'a suivi son application dans un cas d'artério-sclérose et un autre de lésions valvulaires.

Il y a, pourtant, une contre-indication de siège. Il faut éviter de pousser une injection de nitrate d'argent dans les points où le derme, de par son peu d'épaisseur, ferait craindre l'apparition du sphacèle; ainsi en est-il de la région mammaire.

La douleur provoquée par ces injections est un inconvénient que l'on pourrait éviter, ainsi que nous le disons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Technique de la méthode.

Les injections hypodermiques de nitrate d'argent sont faites dans le voisinage de l'organe malade.

En conséquence, les lieux de choix sont : pour l'estomac, la région épigastrique, la région lombaire, si l'on veut agir sur le rein; les points voisins des nerfs en cas de névralgie, etc...

Les injections sont faites avec une seringue de Pravaz.

Les conditions d'antisepsie et d'asepsie seront rigoureusement prises. Cependant Thierry (de Rouen) recommande, puisque l'on veut obtenir du pus, de négliger les règles de l'antisepsie. Cette pratique ne comporte aucun inconvénient, le nitrate d'argent étant par lui-même un puissant antiseptique.

Les injections doivent être poussées dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il faut éviter les infiltrations dermiques, qui provoqueraient, au niveau de l'injection, le sphacèle du derme.

Faite dans la région lombaire, l'injection empêche les malades de garder le décubitus dorsal. C'est un inconvénient de quelques jours, très bien accepté, du reste, par les malades, et motivé par ce fait qu'on attend une action plus prompte du nitrate injecté dans ce lieu.

La solution de nitrate est à 1/10, c'est-à-dire qu'elle contient 1 gramme de nitrate pour 10 grammes d'eau.

On fait, dans le lieu choisi, deux injections, une de chaque côté de la ligne médiane. Chez deux de nos malades, il est vrai, une seule injection a suffi. Mais, comme il peut arriver que le nitrate injecté dans un point, se résorbe sans produire aucun effet, il vaut mieux faire deux piqûres.

Chaque injection contient de III à X gouttes.

La dose de X gouttes est un maximum que l'on ne doit jamais dépasser, afin d'éviter de volumineux abcès et une abondante suppuration qui pourraient avoir des inconvénients, sinon des dangers (Obs. VII).

L'injection faite, on observe les résultats suivants :

a) Ou bien le nitrate produit une simple induration sans fluctuation, ni suppuration et, dans ce cas, il est absolument inefficace.

b) Ou bien il cause une réaction inflammatoire, suppurative, locale.

Dans les deux cas, l'injection est suivie à peu près immédiatement d'une douleur assez vive contondante, durant quelquefois 24 heures avec toute son intensité, et disparaissant progressivement au bout d'un, deux, trois jours. On pourrait la rendre indolore en additionnant de 2 centigrammes de cocaïne la solution argentique, suivant la pratique de Decker pour les injections de sublimé.

Cette douleur peut troubler ou même empêcher le sommeil.

La précocité et l'intensité de la douleur nous ont semblé d'un bon pronostic.

Du reste les malades que nous avons vu traiter ainsi, n'ont jamais réclamé une piqûre de morphine, à laquelle on pourrait recourir en cas d'extrême susceptibilité du sujet.

En outre de la tolérance individuelle plus ou moins grande, le siège de la piqûre influence aussi l'élément douleur. Ainsi, à l'épigastre, les piqûres nous ont paru plus sensibles qu'à la nuque ou aux lombes.

Les malades ont toujours bien supporté cette douleur, car ils espéraient un bon effet du traitement et de ses inconvénients.

En même temps que la douleur croît, la température centrale s'élève de quelques dixièmes de degré, mais elle redescend vite à la normale. Le pouls, ni la respiration ne sont influencés.

Deux ou trois jours après l'injection, on commence

à sentir à son niveau une tuméfaction qui devient de plus en plus nette. Cette tuméfaction s'est produite toujours, mais elle peut être quelquefois légère (Obs. XI).

Si la suppuration arrive, les abcès ont, en général, le volume d'un furoncle. Quatre fois, cependant nous en avons vu de volumineux (Obs. II, III, VII, VIII).

La quantité totale de pus est variable et en rapport avec le volume des abcès. Tantôt on n'en obtient que quelques gouttes ; le plus souvent la valeur de une à deux cuillerées à café ; une fois on en recueille au moins un verre. Elle dépend aussi de la quantité de nitrate injecté. Un pus très abondant a résulté d'une injection équivalente à un centimètre cube de sel argentique (Obs. VII).

L'abcès se forme rapidement, si la réaction locale est vive et douloureuse.

Une seule intervention a suffi pour améliorer tout au moins, sinon guérir, les malades. Si cette amélioration ne se produit pas, ou ne se maintient pas, rien n'empêche, croyons-nous, de réitérer les piqûres (Obs. I).

Le pus obtenu est épais, jaune-verdâtre et, *apriori*, il doit être stérile comme le pus des abcès de fixation de Fochier.

On peut attendre la suppuration spontanée de ces abcès, ou bien les inciser d'un coup de lancette (Obs. I, IV, V), ou enfin (Obs. X) favoriser leur ouverture en les recouvrant d'un petit cataplasme de farine de lin, dont le double avantage est de hâter l'issue

du pus, et de calmer la douleur consécutive à sa formation.

Une fois vidé, l'abcès marche rapidement vers la cicatrisation qui, évidemment, ici, ne cause aucun dommage à l'esthétique.

CHAPITRE IV

Mode d'action des injections de nitrate d'argent.

Il importe assez peu, dans une étude clinique, de savoir comment agit l'abcès provoqué par les injections hypodermiques de nitrate d'argent. Nous avons, en effet, constaté que leurs résultats sont bons, et nous en concluons que la méthode est à conseiller.

Toutefois pour obéir à l'usage courant, nous passerons rapidement en revue les diverses hypothèses émises pour expliquer l'action thérapeutique des abcès artificiels *in genere* et *in specie*, leur influence si heureuse dans les cas où nous les avons vu employer.

Comment donc agit cet abcès ?

Il agit en tant que révulsif. La révulsion, en voilà

le but clinique. Les auteurs peuvent expliquer la façon dont ce but est atteint suivant leurs conceptions propres, suivant une théorie personnelle, s'appliquant ici et non plus là. Au-dessus des hypothèses plane le grand fait clinique, et c'est à lui que, finalement, il faut tendre par l'emploi thérapeutique des abcès artificiels.

Cela posé, quelles sont donc les vues particulières des expérimentateurs, relativement à l'action intime des abcès créés par une substance chimique ?

L'opinion de M. le professeur Fochier est la première à citer. Pour lui, l'abcès dû à l'essence de thé-rébentine agit par fixation.

La fixation, dit-il dans son premier Mémoire, appelle et immobilise les éléments nocifs qui sont en circulation dans le sang. Les principes morbides sont attirés puis fixés en un point. Une fois soustraites ainsi à l'organisme, les manifestations ultérieures de la maladie ne peuvent plus se produire. Dans le cas où elle agit comme révulsif, on pourrait dire qu'elle irrite dans un sens utile et par voie réflexe les vasomoteurs de l'organe malade ; mais on pourrait dire aussi qu'elle appelle et fixe les éléments nocifs qui circulent dans la zone irriguée par les mêmes vaisseaux que ceux qui se rendent à l'abcès. M. Fochier, pensant que l'abcès provoqué agit de cette façon, lui a donné le nom d'*abcès de fixation* (Trifon, thèse de Lyon, 1899).

Le professeur Dieulafoy admet que l'abcès de Fochier agit par révulsion et par dérivation, et il propose de le dénommer abcès de dérivation, car il

détourne le principe du mal d'un premier foyer sur un second.

Il saute aux yeux que cette conception est analogue à celle de M. Fochier.

A Genève l'école de Révilliod professe la même doctrine.

Chantemesse, Bauer font appel à l'hyperleucocytose, due à la pyogénèse artificiellement créée par l'abcès de fixation. Pour eux, ce n'est pas le microbe ou les principes nocifs qui sont appelés et fixés aux points révulsés, mais ce sont des leucocytes plus ou moins dégénérés et, partout veufs de microbes. C'est presque le chimio-taxisme de Conheim, consistant en l'appel des leucocytes vers les microbes ou vers les substances pyogènes, par suite d'une sensibilité cellulaire spéciale.

Mais il semble bien que l'opinion de Chantemesse et de Bauer soit erronée. D'une part, en effet, Biondi et Charrin ont constaté indubitablement, dans le pus d'abcès provoqués, les microbes pyogènes injectés dans les veines de chiens et de lapins. De leur côté Netter et Méry, dans quatre cas de pneumonie très grave, trouvèrent dans le pus d'abcès artificiels, dus à des injections hypodermiques de caféine, un nombre colossal de pneumocoques.

Au reste, Bauer ne constate pas toujours l'hyperleucocytose, comme résultat des abcès de fixation. Chantemesse, lui-même, observe une hypoleucocytose dans plusieurs recherches.

La théorie de ces auteurs ne peut donc pas être opposée à celle de MM. Fochier et Dieulafoy.



Si, maintenant, nous recherchons le mode d'action suivant lequel une excitation cutanée retentit sur un organe profond (c'est le mécanisme même de la révulsion), nous voyons qu'il s'exerce par l'intermédiaire des vaisseaux et des nerfs.

En effet, de par l'anatomie, nous savons les connexions nerveuses et vasculaires, si étroites et si nombreuses, qui relient le tégument externe et les organes qui lui sont sous-jacents.

Bien plus, il est des points cutanés qui sont plus directement en relation avec tel ou tel viscère. Ainsi Breadfort et Dean admettent une spécificité de l'excitation des nerfs intercostaux dont l'irritation centripète provoque des changements dans le calibre des deux systèmes aortique et pulmonaire. François Franck a vérifié ces assertions et mis en évidence l'existence du réflexe vaso-constricteur pulmonaire, en enregistrant l'élévation soutenue de la pression artérielle pulmonaire qui se produit alors. A la vérité, on cause un spasme analogue en irritant les nerfs sciatiques, mais il est, dans ce cas, beaucoup moins prononcé.

De son côté, le professeur Renaut a mis nettement en évidence les capillaires qui anastomosent le système circulatoire du rein avec celui du tégument lombaire.

Il est permis de dire, d'une façon générale, que les réseaux capillaires cutanés sont des diverticules des-

tinés au trop-plein de la circulation générale ou locale ; et que, suivant l'expression de Stokvis, les nerfs sensitifs et sensoriels qui se ramifient dans les différents plans cutanés, y constituent une cohorte compacte de gardes fidèles qui télégraphient instantanément tout changement extérieur arrivant jusqu'à eux, aux postes principaux de la circulation, de la répartition sanguine, des échanges organiques et en modifient l'activité.

Donc le problème de la révulsion, qui avait été empiriquement résolu par les anciens, l'a été, à notre époque, d'une façon physiologique.

Or, il est de la dernière évidence que les résultats obtenus sur les poumons et le rein par la révulsion thoracique et lombaire, le sont aussi sur le système nerveux central par la révulsion appliquée sur la nuque et sur l'estomac par la révulsion épigastrique.

Qu'obtient-on par la révulsion ?

On obtient non seulement une action antiphlogistique, mais encore une action sédative. On n'agit pas seulement, dans l'inflammation d'un organe sur le facteur congestion, mais encore sur l'élément douloureux. C'est ainsi que s'explique la cessation des phénomènes douloureux par la révulsion, par exemple dans l'hyperchlorhydrie.

Écoutons, là-dessus, un gastrologue recommandable, Luigi Sausoni. Pour lui, les troubles morbides de l'hyperchlorhydrie prennent leur origine non point dans l'exagération de la sécrétion acide, mais dans l'hyperesthésie de la muqueuse stomacale, en

présence de l'acide chlorhydrique. En outre, pour le professeur de Turin, l'augmentation de la fonction sécrétrice est un fait d'ordre secondaire et non nécessaire. Il nie qu'elle puisse être essentielle et primitive, car, dans le liquide de tous les lavages de l'estomac qu'il a faits, chez des individus à jeun, consciencieusement observés, chez ceux même atteints de gastrosuccorée, dite maladie de Reichmann, il a toujours retrouvé des parcelles alimentaires, et une de ces parcelles, quasi microscopique, suffit, selon lui, à provoquer, dans certains cas, la sécrétion chlorhydrique et, par suite, les douleurs caractéristiques de l'hyperchlorhydrie.

Si nous reprenons nos observations, nous verrons que les injections hypodermiques de la solution argentique confirment, par leurs résultats, les faits personnels de Sansoni. Ainsi, par une révulsion intense, elles ont diminué toujours et, quelquefois, fait disparaître complètement l'hyperesthésie stomacale chez nos malades. Mais quand la sécrétion gastrique a été recherchée comparativement avant et après l'emploi de la révulsion, elle a été trouvée augmentée dans le second cas.

Citons aussi l'avis de Bucquoy, au sujet de la maladie de Cruveilhier. « Je partage entièrement, dit-il, l'opinion de Landouzy quand il préconise l'utilité de la révulsion dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac. C'est dire que l'emploi des vésicatoires volants et surtout des pointes de feu plus ou moins répétés me paraît de nature à rendre de réels services, soit en diminuant les douleurs, soit, et surtout,

dans les périodes avancées de la maladie, quand il s'agit d'activer le travail de la cicatrisation »

*
* *

Ainsi, nous admettons que les abcès dus au nitrate d'argent agissent par révulsion.

Faut-il, en outre, dans les cas que nous rapportons, invoquer la théorie de la fixation de M. le professeur Fochier ? Nous ne le croyons pas. Dans aucun de nos cas, en effet, il ne s'agit du traitement d'une infection générale. Il y a toujours eu inflammation locale.

Peut-être cependant, pour les cas de pneumonie rapportés par le docteur Trifon dans sa thèse inaugurale et traités par les abcès de fixation, faut-il se ranger à l'opinion de M. Fochier.

Concluons donc qu'il faut rapporter à la révulsion qu'elles produisent, tous les effets des injections hypodermiques de nitrate d'argent.

*
* *

Nous pouvons, en finissant, nous demander quel est l'avenir de cette méthode préconisée par M. le professeur Bondet.

A cette question il est encore prématuré de donner une réponse ferme.

Nous avons vu que l'emploi du nitrate d'argent en injections hypodermiques était tout à fait sans danger, bien accepté par les malades et d'une longue

efficacité quand il avait réussi ; que son indication toute spéciale semblait être les affections douloureuses, quelles qu'elles soient d'ailleurs, de l'estomac. C'est donc là surtout que nous le recommandons, sans exclusion, bien entendu, des autres secours de l'arsenal thérapeutique.

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I

GÁSTRITE ULCÉREUSE ALCOOLIQUE. — HYPERCHLORHYDRIE.

G..., Jean, 32 ans, journalier, salle Saint-Augustin.

Entré le 11 février 1899. Sorti le 22 mars 1899. Rentré le 14 décembre 1899. Sorti le 2 février 1900.

Alcoolisme (2 litres de vin et 2 petits verres par jour). Pas de syphilis.

Un séjour, il y a deux ans, du 8 mai au 10 juillet, pour la même affection qu'aujourd'hui, à la salle Saint-Augustin. A ce moment, le malade voulut sortir, mais, cinq jours plus tard, il rentra à nouveau et restait jusqu'à fin octobre 1898, salle Saint-Augustin.

Pendant ces deux séjours le malade souffrait de douleurs épigastriques vives et de vomissements fréquents. Il fut traité par les injections de nitrate d'argent et très amélioré. Il

sortit, en effet, guéri à peu près complètement. Il reprit son travail et jouit d'une santé excellente jusqu'il y a deux mois.

A cette époque, il souffrit de nouveau de l'estomac, puis eut des vomissements; il dut alors interrompre son travail et s'aliter.

Le 7 janvier 1899, le malade entra à la salle Saint-Bruno, où il fut traité par le bicarbonate de soude et le régime lacté. Il présenta du mélœna. C'est de ce service qu'il fut envoyé à la salle Saint-Augustin.

Actuellement, l'état général est assez bon.

Le malade souffre de douleurs continues avec exacerbations au moment des digestions. Sensation de brûlure s'accompagnant de renvois très acides. Parfois sensation de douleur en broche. Les vomissements ont cessé il y a trois jours. Jamais d'hématémèse. Mélœna il y a six jours. Constipation opiniâtre. Appétit très diminué. La viande est l'aliment le plus difficilement digéré.

Langue rosée. La moindre pression épigastrique est douloureuse, et cela sur toute l'étendue de l'estomac. Abdomen souple, non douloureux. Malade un peu nerveux. Rétrécissement assez marqué du champ visuel.

Rien aux poumons, ni au cœur, ni au foie.

13 février. — L'examen du chimisme gastrique donne acidité totale = 3.11, HCl = 2.10.

On applique des sangsues au creux épigastrique.

15 février. — Le malade est notablement soulagé par les sangsues.

On refait son chimisme qui donne une acidité totale = 1.05 et HCl = 0.7.

Les matières du malade sont brunes, renfermant un peu de sang digéré.

Le décubitus dorsal exagère les douleurs du malade.

6 mars. — On fait au malade trois injections de trois gouttes chacune de nitrate à 1/10.

10 mars. — Il s'est formé trois phlegmons. Le malade est très soulagé. On ouvre un des phlegmons.

19 mars. — Le malade ne souffre plus du tout à la pression. Il ne souffre plus spontanément, ni après l'ingestion des aliments. Il n'a plus de vomissement. Il sort se disant guéri.

14 décembre. — Le malade revient avec des phénomènes analogues à ceux de ses premiers séjours.

Depuis sa sortie, il s'est repris à vomir de temps en temps et, depuis quinze jours, il ne digère plus du tout. Il souffre après avoir mangé; il a des renvois acides; il vomit, soit de suite, soit une heure après le repas. Les vomissements sont très aigres. Pas d'hématémèse. Constipation. Appétit irrégulier.

Le malade tousse un peu et crache depuis quinze jours. Pas d'autres troubles fonctionnels.

Actuellement, le malade est maigre. Sa langue est humide et rosée.

L'estomac est un peu sensible à la palpation. Pas de clapotage. La sonorité descend jusqu'à l'ombilic.

La matité du foie n'est pas exagérée.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace, en dedans du mamelon. Bruits réguliers. Pouls régulier, de tension un peu forte.

Poumons. — Quelques râles sonores. Expectoration purement muqueuse.

Urines = pas d'albumine.

15 décembre. — Repas d'Ewald extrait au bout d'une heure. Bouillie un peu rougeâtre; en faible quantité.

Acidité totale = 1.75. Acidité chlorhydrique = 1.20.

On donne au malade le traitement alcalin, auquel on ajoute de l'eau chloroformée et laudanisée.

31 décembre. — La douleur en broche persistant, on fait au malade deux injections de dix gouttes de nitrate à l'épigastre.

8 janvier 1900. — On ouvre les petits abcès.

11 janvier. — Le malade va beaucoup mieux. Il ne souffre plus. Il demande à manger.

2 février. — Il sort très amélioré.

OBSERVATION II

MALADIE DE REICHMANN

M... , Charles, 27 ans, plongeur, salle St-Augustin.

Entré le 10 mars 1900. Sorti le 24 avril 1900.

Le malade n'a pas d'habitudes alcooliques bien notables, buvait en moyenne un litre de vin par jour. Il a eu une blennorrhagie.

Il y a fort longtemps que le malade présente des troubles stomacaux, en particulier une douleur à l'épigastre : dix ans à ce qu'il dit. Mais il y a deux ans surtout qu'il souffre de l'estomac, et depuis un mois il a cessé son travail.

La douleur gastrique est à peu près continue, existant même à jeun, à peine exagérée par l'ingestion alimentaire.

L'appétit est irrégulier.

La douleur n'est jamais extrêmement intense. Pas de douleur en broche.

Le malade vomit parfois. Les vomissements sont le plus souvent purement muqueux. Ils sont aigres, mais n'agacent pas les dents.

Le malade a des renvois aigres, brûlants. Constipation habituelle.

Le malade tousse habituellement et crache un peu.

Actuellement, le malade est un peu maigre. Langue humide, propre.

Abdomen. — *Foie* n'est pas augmenté de volume.

Estomac. — Sonorité très étendue, dépasse en bas de deux travers de doigt l'ombilic. Clapotage très net, très facile à provoquer. Pas de douleur à la pression.

Cœur. — Exagération du deuxième bruit à la base, surtout à l'orifice pulmonaire. Bruits réguliers. Pouls régulier, ralenti = 52.

Poumons. — En avant, à gauche, pas de matité. Respiration un peu rude. Expiration bruyante.

En arrière, à gauche, matité au sommet, respiration obscure.

Expectoration peu abondante, muqueuse, striée de pus.

Urines, pas d'albumine.

14 mars. — Chimisme gastrique, après repas d'épreuve. Odeur acide. Rougit le papier de tournesol.

Acidité totale = 3.90. HCl libre = 1.40.

16 mars. — A jeun, on retire du liquide acide dont l'acidité totale = 3.25, et l'acidité chlorhydrique = 2.50.

30 mars. — On a fait au malade deux injections de nitrate d'argent à l'épigastre. Quelques jours après, il y a deux abcès assez volumineux, fluctuants. Le malade va mieux, se trouve soulagé.

17 avril. — Depuis deux jours, le malade se plaint de souffrir de nouveau.

On lui fait prendre un repas d'épreuve. On fait le chimisme une heure après. On retire en quelques coups de pompe environ 1/2 litre de liquide fluide presque clair. Au Günzburg, on a une vive coloration rouge.

Au vert brillant, une couleur vert jaune.

Acidité totale = 4.90. HCl libre = 3.65.

On fait prendre au malade des prises de bicarbonate de soude.

23 avril. — Le malade se déclare amélioré et demande à quitter le service.

OBSERVATION III

ULCÈRE DE L'ESTOMAC. — HYSTÉRIE.

B..., Rose, 31 ans, domestique. — Salle Teissier.

Entrée le 4 juillet 1900. Sortie le 29 août.

Santé délicate dès l'enfance.

Erysipèle à 10 ans, à 14 ans, à 15 ans. Fièvre typhoïde à 17 ans.

Réglée à 21 ans, régulièrement. Pertes blanches dans l'intervalle des époques. Grossesse extra-connubiale à 26 ans. Enfant bien portant.

La malade se plaint de troubles digestifs depuis l'âge de 21 ans. Ceux-ci ne paraissent pas être en rapport avec des excès éthyliques.

Il y a un an, la malade a fait un séjour de 2 mois dans le service de M. Bouveret, où on l'avait mise à la diète et aux lavements alimentaires, puis au régime lacté, avec bicarbonate de soude.

Elle avait déjà, il y a 4 ans, fait un séjour à l'hôpital Saint-Joseph, où elle avait eu des hématuries.

Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, l'amélioration n'a duré que cinq à six mois. Les symptômes ont reparu progressivement ensuite, et depuis deux mois, l'état est stationnaire.

Actuellement, l'appétit est nul, sauf pour les mets épicés. L'ingestion des aliments est suivie de ballonnements, de renvois aigres, de régurgitations acides. Presque immédiatement, la malade éprouve une douleur épigastrique vive, irradiée dans le dos et le membre supérieur droit durant en moyenne une heure. Les vomissements sont rares, acides, bilieux, non hémorragiques.

Constipation. Langue saburrale. Douleur à la pression épigastrique, assez bien limitée. Clapotage.

Ovarie gauche. Diminution des réflexes conjonctival et pharyngien. Diminution de la sensibilité à gauche.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Pas d'albumine dans les urines.

21 août. — On fait à la malade, deux injections de la solution à 1/10 de nitrate d'argent au creux épigastrique.

29 août. — Il s'est formé deux abcès dont un surtout est volumineux.

Depuis trois jours, les digestions ne s'accompagnent plus de douleur.

La malade sort se disant guérie.

OBSERVATION IV

MALADIE DE REICHMANN. — NERVOSISME.

F...., Marie-Françoise, 32 ans, domestique. — Salle Teissier.

Entrée le 13 novembre 1899 Sortie le 12 janvier 1900.

La malade n'a pas d'antécédents personnels notables. Bonne santé habituelle. Elle ne tousse jamais. Elle n'a jamais pris de crises de nerfs. Elle est réglée régulièrement.

L'affection actuelle a débuté il y a 6 mois. La malade éprouvait un malaise épigastrique survenant après le repas, avec pesanteur, bouffées de chaleur, renvois, mais jamais de pyrosis. Ce n'est guère que deux heures environ après le repas que survenaient les véritables douleurs stomacales, s'accompagnant ensuite d'un vomissement très aigre, et qui agaçait les dents de la malade. Mais pas de douleur en broche, jamais d'hématémèse. En outre, la malade éprouve, la

nuît, vers minuit ordinairement, des douleurs gastriques assez violentes, ne s'accompagnant pas de vomissements. Le matin à jeun, les douleurs peuvent reparaître et s'accompagner du rejet d'un liquide acide; elles sont calmées par une ingestion quelconque.

L'appétit est diminué.

Les fonctions intestinales se font bien.

Pas de toux, ni de palpitation.

La malade a peu maigri, mais elle est faible. Actuellement l'embonpoint est encore conservé partiellement.

Cœur. — La pointe bat dans le quatrième espace. Les bruits sont faibles. Pas de bruits anormaux. Pouls régulier, faible = 76.

Rien aux poumons.

Du côté de l'abdomen, on note que la sonorité gastrique est étendue, qu'elle descend en bas jusqu'à l'ombilic et qu'elle recouvre en dehors la matité hépatique. On ne peut pas actuellement obtenir le bruit de clapotage, mais la malade dit qu'elle sent parfois clapoter les liquides dans son estomac.

Cette exploration est sensible.

Un peu de nervosisme. Anesthésie pharyngée. Hypéres-thésie conjonctivale.

Urines : pas d'albumine.

16 novembre. — Chimisme gastrique, $\text{HCl.} = 1,90$; acidité totale, 3,80. On donne à la malade de hautes doses d'alcalins.

11 janvier 1900. — Il y a 13 jours, on a fait à la malade, dans la région gastrique, de chaque côté de la ligne médiane, une injection de dix gouttes d'une solution à 1/10 de nitrate d'argent.

Ces injections ont déterminé, pendant un jour environ, des douleurs locales.

On a constaté, au bout de deux à trois jours, la formation

de collections phlegmoneuses qu'on a ouvertes il y a trois jours. Il s'en est écoulé un peu de pus.

Depuis la formation de ces abcès, la malade, qui se trouvait auparavant toujours en proie à des troubles gastriques (malgré le traitement alcalin), s'est déclarée très améliorée. Cette amélioration a été « frappante ».

12 janvier. — La malade, qui se trouve beaucoup mieux, demande à sortir.

OBSERVATION V

HYPERCHLORHYDRIE AVEC DILATATION DE L'ESTOMAC. SATURNISME.

F. Frédéric-Marius . . , 41 ans, plâtrier-peintre. Salle Saint-Augustin.

Entré le 13 avril 1899. Rentré en mai 1899. Sorti le 24 mars 1900.

Le malade s'est marié à 24 ans. Il a eu sept enfants, dont deux sont bien portants et les cinq autres sont morts, l'un d'une méningite tuberculeuse et les quatre autres de broncho-pneumonie.

Sa femme n'a pas eu de fausse couche.

Alcoolisme ; mais il y a un an qu'il a cessé de boire, car l'ingestion de l'alcool lui provoquait des douleurs et rendait pénibles ses digestions.

A 18 ans, il eut une bronchite qui dura quatre semaines.

A 28 ans, il eut trois autres bronchites d'une durée de quelques semaines.

Il eut ensuite une entérite aiguë qui dura trois semaines, et nécessita le séjour au lit. Le malade, depuis, continua à souffrir de l'abdomen.

En décembre 1898, première et unique colique de plomb

d'une durée de quatre semaines. De cette époque datent les douleurs au creux de l'estomac, avec troubles digestifs, consistant surtout en vomissements. Ces vomissements, d'abord espacés, sont devenus plus fréquents, et se produisent maintenant tous les trois ou quatre jours.

Il y a trois semaines, les douleurs et les troubles digestifs augmentant, le malade dût s'aliter.

13 avril 1899. — Actuellement, l'état général est assez bon. Peu ou pas d'amaigrissement. Teint ordinaire.

Le malade se plaint surtout de douleurs stomacales, survenant dans les périodes de digestion. Ces douleurs consistent surtout en une sensation de pesanteur, de « barre » se produisant deux à trois heures après les repas. Ces douleurs sont localisées au creux épigastrique avec point dorsal correspondant parfois.

On le traite par les alcalins. Il sort peu amélioré.

17 février. — Le malade revient. Depuis son dernier séjour, il a continué à souffrir de l'estomac, au moins par intervalles.

L'appétit est encore conservé, mais il survient souvent, après les repas, d'abord une sensation de pesanteur, des crampes à l'épigastre. Ces phénomènes apparaissent un quart d'heure ou une demi-heure ou souvent une heure après le repas. Puis ces crampes deviennent de véritables douleurs, avec irradiation dorsale. Ces douleurs se terminent ordinairement, au bout de deux ou trois heures, par un vomissement alimentaire, exceptionnellement bilieux, jamais sanglant.

Après le repas du soir, la douleur peut se prolonger jusqu'à minuit.

Le vomissement n'agace jamais les dents.

Pas de renvois acides.

Le malade est habituellement constipé.

Il a continué son métier de peintre. Il n'a pas de colique de plomb, depuis décembre 1898.

Il ne tousse pas et ne crache pas.

Il n'a jamais eu d'œdème des membres inférieurs; pas de céphalée, pas de pollakiurie.

Le malade a encore maigri depuis son dernier séjour.

Actuellement, il est pâle. Il a la langue humide.

Il présente le liseré de Burton très nettement.

La région de l'épigastre et de l'hypochondre droit est douloureuse, même à une pression superficielle.

Le foie est un peu gros. La matité s'étend du sixième espace jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. On le sent à la palpation.

Le clapotage gastrique est aisé à produire par la succussion.

La sonorité stomacale est anormalement étendue.

Cœur. — Pas d'hypertrophie. La pointe bat dans le cinquième espace, sans déviation. Pas d'augmentation de la matité. Le choc de la pointe est assez énergique, un peu élargi. Les bruits sont réguliers. Le pouls est régulier = 80, sans hypertension.

Les artères périphériques sont un peu indurées. L'artère temporale est bien visible.

Rien aux poumons.

Les urines sont pâles, elles présentent un nuage d'albumine.

Le chimisme donne HCl libre = 3.90. Acidité totale = 6.15.

Pas d'acide lactique.

On soumet le malade au traitement alcalin ordinaire.

20 février. — L'estomac est vide à jeun.

21 février. — On applique au malade dix sangsues sur la région épigastrique.

22 février. — Le malade se trouve mieux. La palpation à l'épigastre est moins sensible.

2 mars. — Le malade se plaint de nouveau.

On refait son chimisme qui donne HCl libre = 2.50. Acidité totale = 5.15.

On fait au malade deux injections de dix gouttes de la solution à 1/10 de nitrate d'argent.

5 mars. — Le malade a un teint plus clair.

23 mars. — Le malade va beaucoup mieux. Un des abcès s'est ouvert spontanément ; l'autre a été incisé d'un coup de lancette.

L'appétit est revenu. Les douleurs ont disparu totalement.

Plus de vomissements. Les fonctions digestives et intestinales se font bien.

Le malade sort, le 24 mars, se disant très amélioré.

OBSERVATION VI

HYSTERIE. — DYSPNÉE HYSTÉRIQUE. — CRISES GASTRIQUES

A... , Anna, salle Teissier, n° 1, 23 ans, employée dans une fabrique de pâtes. Entrée à l'hôpital, le 26 juillet 1899. Sortie en juillet 1900.

A 17 ans, la malade a commencé à souffrir de l'estomac ; en même temps elle a changé un peu de caractère ; elle est devenue triste, pleurait facilement.

Il y a 19 mois, la malade a commencé à avoir par moments des crises d'oppression et des crises de dyspnée. Cela a commencé brusquement ; la malade s'était couchée parce qu'elle souffrait de l'estomac ; on la fit lever et aussitôt la polypnée débuta.

Il n'y a pas eu de modification depuis.

Elle n'a jamais craché, ni toussé, ni vomi.

Actuellement, la malade accuse une douleur presque continue à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche. C'est principalement une sensation de constriction, s'accompagnant d'étouffements. Pas de sensation de brûlure. Elle dit n'avoir pas

d'appétit, pas de vomissements ; elle est toujours constipée. Elle a parfois quelques renvois sans saveur spéciale. Langue un peu blanche.

La malade accuse de l'oppression ; celle-ci semble modérée cependant, bien que la respiration soit irrégulière, superficielle et extrêmement rapide (100 respirations en moyenne).

Pas de cyanose.

Les secousses respiratoires provoquent un bruit de glouglou gastrique remarqué par la malade.

La malade est très nerveuse, mais ne semble pas avoir de crises hystériques. Elle a des battements rythmiques des paupières ; elle dit voir trouble. Elle dit sentir un peu plus la piqure dans tout le côté gauche du corps.

28 juillet. — La malade a peu dormi cette nuit ; pendant son sommeil, sa dyspnée a disparu.

Anesthésie de la conjonctive et de la cornée. Pas d'anesthésie du pharynx.

La dyspnée est très variable ; parfois les mouvements respiratoires sont si rapides qu'ils constituent une véritable trémulation.

En ce moment la malade est assez calme et on compte 92 respirations. Quelques minutes après on compte 120 respirations avec 136 pulsations. Quelques minutes après, 168 respirations.

Rien à l'examen des poumons.

La respiration est à peu près complètement diaphragmatique.

La pression de la fosse iliaque droite arrête les accès de dyspnée.

La malade dit sentir un peu mieux la piqure dans tout le côté gauche du corps, sauf au membre inférieur.

Hier, la malade avait les jambes raides, aujourd'hui elles ne le sont plus.

En ce moment, on compte 200 respirations.

7 août. — La malade semble déglutir de l'air par moments.

La respiration a toujours très nettement le type uniquement diaphragmatique : 92 respirations, 120 pulsations.

On électrise le phrénique ; de suite après on compte 120 respirations. Mais tant que les électrodes sont appliquées, la respiration s'arrête.

10 août. — La malade a pris, dans les dernières 24 heures, cinq accès de dyspnée.

Le mercredi elle en eut quatre. Le jeudi et le vendredi elle en eut trois. Le samedi deux. Le dimanche cinq.

17 août. — La respiration s'accompagne toujours de clapotage.

On note de la diminution de la sensibilité des deux cornées.

21 août. — La malade accuse des palpitations : pouls = 144. Quelques minutes après on trouve 152. On donne aujourd'hui de la strychnine.

Les réflexes existent aux membres supérieurs, mais ils sont faibles. Les réflexes rotuliens ont une intensité moyenne.

24 août. — La malade a pris trois jours de la strychnine. Elle trouve que ses crises de dyspnée seraient plus fréquentes.

On supprime la strychnine. On supprime le bromure de potassium qu'elle avait depuis le 27 juillet.

28 août. — 104 à 108 respirations, 140 pulsations.

La malade annonce des brûlures dans les reins et par tout le corps.

11 septembre. — Même état, avec phénomènes vasomoteurs du côté de la face. Il existe toujours une zone frénatrice dans la région ovarique droite.

21 septembre. — Chaque séance d'électrisation du phrénique provoque une crise dyspnéique suivie d'une assez longue période de calme.

Octobre. — Traitement de la malade par l'isolement, légère amélioration.

5 janvier 1900. — La malade va mieux : 42 respirations par minute. Roséole émotive nette. Etat de refroidissement et coloration bleuâtre des mains.

Traitement : KBr = 3 gr., douches.

Chimisme gastrique, après un repas d'épreuve :

HCl libre = 2,3; acidité totale = 5,8.

Réaction très positive pour l'acide lactique.

La malade se plaint toujours de douleurs gastriques, brûlures à la gorge, mais elle n'a pas de vomissements.

13 janvier. — Seconde épreuve après repas. Chimisme.

HCl libre = 0,50.

Gunzburg et vert brillant donnent une réaction positive.

Acidité totale = 4,30.

Acide lactique mis en évidence par le perchlorure de fer.

Juin. — On fait à la malade deux piqûres de dix gouttes chacune de la solution à 1/10 de nitrate d'argent.

La malade ne souffre plus de l'estomac, l'appétit lui est revenu.

Juillet. — La malade quitte l'hôpital se trouvant très améliorée.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur TEISSIER.)

HYPERCHLORHYDRIE. — ANCIEN ULCÈRE STOMACAL

R..., Wilhelmine, 39 ans, matelassière, salle des 4^{es} Femmes, n° 25.

Entrée le 15 juin 1900. En traitement.

Dans les antécédents de la malade on note : une chlorose, une fièvre qui dura trois mois, à l'âge de 17 ans ; des douleurs assez vagues dans les membres inférieurs, rendant la marche

impossible à l'âge de 25 ans; une métrite ayant nécessité un curetage il y a quinze ans.

Il y a huit ans, la malade entrain de nouveau à la Charité pour des accidents génitaux indéterminés, de même il y a deux ans, et enfin tout dernièrement où on lui appliquait un pessaire pour redresser une rétroversion.

Il y a fort longtemps que, parallèlement à des douleurs abdominales et lombaires d'origine génitale, elle souffre de l'estomac et éprouve de la difficulté pour digérer et même, il y a six ans, elle aurait eu une hématomèse. Mais c'est depuis deux ans surtout que les troubles gastriques sont devenus particulièrement intenses.

Dès l'ingestion alimentaire il se produit, au niveau de l'épigastre, une sensation de brûlure, s'irradiant dans le dos, s'accompagnant de renvois acides ou gazeux, de pyrosis. Ces phénomènes peuvent persister jusqu'au repas suivant. Parfois ils surviennent à jeun, au milieu de la nuit par exemple. Ils peuvent s'accompagner, mais non toujours de vomissements soit alimentaires, soit constitués par un liquide chaud, aquiforme.

L'appétit est diminué, l'intestin est paresseux, et habituellement on note de la constipation.

La malade tousse un peu, mais ne crache pas.

Pas d'autres troubles fonctionnels.

15 juin 1900. — Actuellement, la malade vient à l'Hôtel-Dieu pour ses troubles gastriques.

L'abdomen est flasque et douloureux au niveau de la région gastrique.

Par l'ingestion d'un peu d'eau, on peut provoquer le bruit de succussion.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

La langue est humide, un peu dépouillée.

Rien aux poumons. Pas d'expectoration.

Cœur. — La pointe bat dans le 5^e espace au niveau du mamelon. Les bruits sont réguliers. Il existe, dans la région

méso-cardiaque, un petit souffle post-systolique, extra cardiaque.

Pouls = 72.

Úrines : pas d'albumine.

24 juillet. — Malgré l'usage du bicarbonate de soude et le régime lacté, les phénomènes gastriques persistent. Douleurs stomacales, provoquées par l'ingestion alimentaire ou spontanée, vomissements à jeun ou après le repas, renvois, brûlures, etc.

L'exploration gastrique par la palpation est très sensible, surtout à gauche de la ligne médiane.

La malade éprouve, en outre, par intervalles, des phénomènes douloureux réflexes, dans toute la moitié gauche du corps, spécialement dans le membre supérieur, avec fourmillements, élancements.

On pratique aujourd'hui, à l'épigastre, à gauche de la ligne médiane, une injection sous-cutanée de nitrate d'argent à 1/10 (1 centimètre cube).

17 août. — A la suite de l'injection, la malade a eu un abcès volumineux de la paroi abdominale, pour lequel on a été obligé de l'envoyer en chirurgie où on lui a fait une double incision et un drainage.

Les troubles digestifs se seraient amendés, à la suite de cet abcès. Plus de vomissements, moins de renvois, pesant simple une heure seulement après les repas.

Octobre. — Elle revient de chirurgie, où on a constaté des lésions génitales (annexite probable).

Elle accuse encore actuellement des phénomènes douloureux diffus dans les membres et le tronc.

Elle est, d'ailleurs, très nerveuse, sans avoir jamais pris de crises.

Amélioration de deux mois, à la suite des injections, puis, reprise des phénomènes douloureux.

Novembre. — Actuellement, la malade souffre comme avant les injections. Elle n'a pas d'appétit.

On la soumet au traitement alcalin.

OBSERVATION VIII

SCARLATINE PROBABLE ANTÉRIEURE. — NÉPHRITE.

J..., Joannès, 16 ans, domestique. Salle St-Augustin.

Entré le 13 janvier 1900. Sorti le 11 mars 1900.

Le malade a une bonne santé habituelle. Il n'a pas d'habitudes alcooliques et pas de maladie vénérienne.

Il y a six ans, il a eu la rougeole et un refroidissement il y a cinq ans.

Au commencement du mois de décembre dernier, il a été en contact avec un sujet atteint de scarlatine, et cela jusque vers le 10 décembre. Le 12 décembre, il eut une angine qui dura quatre à cinq jours, et malgré laquelle le malade put continuer à vaquer à ses occupations. Elle guérit spontanément.

Le 31 décembre et le 1^{er} janvier, le malade se sentit mal en train; il remarqua qu'il avait la peau rouge sur le tronc et les membres, mais non sur la face. Cette rougeur dura trente-six heures environ. Il n'y a jamais eu de desquamation remarquée du malade à cette date. Il n'aurait pas présenté de phénomènes généraux notables.

Il y a huit jours, il remarqua et on remarqua autour de lui qu'il avait la figure bouffie. Puis tout son corps se mit à enfler. Le malade fut obligé de cesser son travail. Il eut un peu de céphalée, mais très fugace. Il a eu des épistaxis presque tous les jours depuis ces huit jours.

Pas de troubles digestifs; pas de troubles urinaires; pas de pollakiurie. Un peu de toux; pas d'autre phénomène pulmonaire.

: 13 janvier. — Actuellement, l'état général n'est pas mauvais. La face est encore un peu bouffie. Pas d'autre œdème. Pas de trace de desquamation sur le tégument externe.

Langue humide. Rien du côté de l'abdomen.

Cœur. — Pointe bat dans le cinquième espace un peu en dessous et en dedans du mamelon. Choc exagéré de la pointe. Les bruits du cœur sont réguliers. Un peu d'exagération du deuxième bruit aortique. Bruits de frottement vers l'orifice pulmonaire. Pouls régulier = 80 de tension plutôt forte (25 au sphygmomanomètre).

Poumons. — Rien aux poumons. *A la base droite*, matité complète jusque vers l'angle de l'omoplate avec abolition des vibrations ; obscurité respiratoire d'ailleurs incomplète. Pas de souffle. Pas de pectoriloquie aphone. Le timbre de la voix haute est modifié, mais non franchement ægophonique. Pas de sensation de flot.

Base gauche. — Submatité légère, vibrations sont diminuées. Le murmure vésiculaire un peu obscur. Pas d'expectoration.

Urine pâle, aqueuse, disque net d'albumine non rétractile. Le malade est mis au régime lacté.

16 janvier. — Le frottement de péricardite a diminué.

L'épanchement pleural droit s'est résorbé en grande partie.

17 janvier. — Urines : 3.100. Densité : 1,10. Albumine : nuage. Urée par litre : 5 gr. Sucre 0.

Couleur jaune pâle. Cylindres granuleux en petit nombre.

22 janvier. — Aujourd'hui, urines moins abondantes : 1.100 grammes. Couleur bouillon de bœuf.

Depuis hier le malade se plaint de souffrir de l'oreille gauche depuis trois jours.

23 janvier. — Urines : 1.200 grammes, rouges, bouillon de bœuf trouble. Urée par litre : 10 gr. Albumine : gros disque.

25 janvier. — Urines: 700 gr. Urée: 13 gr. Albumine: 1 gr.

Cylindres granuleux, nombreuses cellules épithéliales libres et quelques globules de sang.

26 janvier. — Urines: 1.000 gr. Urée: 15 gr. Albumine: traces. Sucre: 0.

Les urines sont plus claires.

Injection de chaque côté dans la région lombaire de dix gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1/10.

28 janvier. — Plus de cylindres granuleux.

5 février. — Le malade se sent mieux. Son teint est plus coloré. Les abcès sont volumineux.

6 février. — Urines: 1.500 gr. Densité: 1.010. Albumine: néant. Sucre: néant. Urée: 11 gr.

13 février. — On fait deux analyses des urines du malade.

La première donne: quantité: 1.600. La densité est de 1.018. Urée: 18 gr. Albumine: traces. Pas de sucre.

La deuxième donne: quantité: 1.300, densité: 1.020. Urée: 10 gr. Pas d'albumine ni de sucre. Coloration normale.

20 février. — Urines: quantité: 2.000, densité: 1.020, urée: 15 gr. ; traces d'albumine ; pas de sucre.

Le malade va de mieux en mieux et sort le 11 mars.

OBSERVATION IX

CÉPHALÉE, VERTIGES ET ATTAQUES APOPLECTIFORMES PAR ARTÉRIO-SCLÉROSE BULBAIRE.

F. Maurice... Salle St-Augustin.

Entré le 19 juillet 1900 En traitement.

Bonne santé dans l'enfance et jusqu'à l'âge de 32 ans.

Le malade nie toute spécificité. Il avoue quelques excès alcooliques : il boit tous les matins un verre d'arquebuse.

Il s'est marié à 31 ans. Sa femme est bien portante, et il a deux enfants bien portants.

A 45 ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu fébrile, généralisé, avec transpiration abondante et palpitations, qui récidiva à plusieurs reprises pendant trois ans. Le malade fut traité par le salicylate de soude dans le service de M. Molière.

Depuis l'âge de 32 ans, le malade est sujet aux vertiges, aux éblouissements, aux céphalées surtout nocturnes.

A 35 ans, il avait rapidement perdu la mémoire et dû cesser son travail de comptable.

Depuis l'âge de 45 ans, époque à laquelle le malade eut son attaque de rhumatisme, les vertiges sont devenus plus fréquents, puis furent parfois suivis d'attaques apoplectiformes, se renouvelant au maximum une fois par semaine, parfois séparés par des intervalles de plusieurs mois et durant cinq à six minutes avec pertes de connaissance sans mouvement convulsif, sans perte des urines, sans morsure de la langue.

A 50 ans, le malade fut soigné, par M. Bard, pour une hémiplegie droite avec aphasie, ayant débuté progressivement et s'étant rapidement transformée en hémiparésie. Au bout de six mois de traitement ioduré, associé aux frictions, il put quitter le service.

Depuis sa sortie, le malade a eu encore quelques attaques, quelques vertiges, des maux de tête.

Au mois de février, il fit un séjour de trois semaines dans le service de M. Bouveret, où on lui donna du bromure de potassium. Puis il fut envoyé à Longchêne.

19 juillet. — Depuis quinze jours, le malade ayant voulu reprendre son métier de teinturier, les vertiges sont devenus plus fréquents et, à deux reprises, les attaques apoplectiformes se sont produites. La céphalalgie est habituelle, surtout nocturne, en casque. Les vertiges sont particulière-

ment fréquents lorsque le malade se trouve sur une place ou sur un pont ; ils s'accompagnent parfois d'effondrement.

La démarche n'est pas ébrieuse, mais se fait en talonnant. Au commencement, elle est hésitante.

Le malade se tient assez bien dans la position de Romberg, mais ne peut demeurer à cloche-pied, les yeux fermés.

Réflexe plantaire conservé. Pas de trépidation plantaire vraie.

Les réflexes rotuliens sont brusques, exagérés, surtout à droite.

Pas de perte du sens musculaire, ni de la notion de position.

Pas de troubles de la sensibilité objective.

La force musculaire n'est diminuée qu'au membre supérieur droit, surtout dans le groupe des muscles fléchisseurs.

Les doigts sont agités de trémulations, non influencées par le mouvement ou la volonté.

Pas de modification des réflexes tendineux aux membres supérieurs.

Les pupilles sont égales et réagissent bien. Pas d'autres troubles visuels que quelques brouillards, quelques mouches volantes,

Pas de troubles permanents de la mémoire, mais, à certaines périodes, le malade dit avoir des absences, et il commence à oublier l'orthographe.

Il ne présente d'autre trouble intellectuel que de l'inaptitude au travail.

Pas de trouble notable de la parole, ni de l'écriture.

Pas de trouble sphinctérien, ni trophique.

Depuis cinq ans, le malade est atteint de polyurie, obligé de se lever plusieurs fois chaque nuit, et rendant jusqu'à cinq litres d'urine par 24 heures. Les urines sont claires, transparentes. Elles ne contiennent pas de sucre, mais un disque net d'albumine.

Soif vive, pas de boulimie.

Pas d'autre phénomène somatique qu'au cœur une accu-

mulation du deuxième bruit aortique. Pouls régulier = 64, de tension moyenne.

Pas de symptôme hystérique. Pas de symptôme de spécificité.

Au dynamomètre, la main droite = 80, la gauche = 140.

19 août. — Deux injections sous-cutanées de 1/2 centimètre cube de nitrate d'argent, une de chaque côté de la nuque. Il en résulta de petits abcès avec nécrose superficielle.

24 août. — Amélioration assez nette de la céphalalgie depuis trois jours.

1^{er} septembre. — L'amélioration des douleurs continue. Il se produit du sphacèle superficiel. La céphalée a disparu. Les vertiges persistent.

19 novembre. — Le malade est rentré. Les anciens symptômes ont reparu.

Le 1^{er} novembre il prit une attaque de nerfs avec délire qui nécessita son isolement.

Actuellement, il n'est sujet qu'aux attaques apoplectiformes, aux maux de têtes, et n'est plus isolé.

OBSERVATION X

HÉMIPLÉGIE DROITE CONSÉCUTIVE A UN ICTUS. — INSUFFISANCE ET RÉTRÉCISSEMENT MITRAL. — INSUFFISANCE AORTIQUE. — RHUMATISME ANCIEN,

T... , Antoinette-Marie, 46 ans. Salle Teissier n° 2.

Entrée le 16 janvier 1900. Sortie le 17 avril 1900.

La malade signale dans ses antécédents, il y a une dizaine d'années, des douleurs de rhumatisme articulaire qui l'obli-

gèrent à garder le lit. On lui aurait alors trouvé quelque chose au cœur.

Elle n'a jamais pris de crises de nerfs, mais elle était nerveuse.

La veille du 1^{er} janvier, se trouvant contrariée, elle a perdu, pendant 24 heures, l'usage de la parole et du mouvement, avec ictus. La sensibilité n'était pas complètement abolie. D'ailleurs la malade ne se rappelle que fort mal les phases de sa maladie. Son intelligence est peu vive et son état psychique modifié. Elle aurait eu à la suite de cet accident de l'hémiplégie droite.

Depuis cet accident du 1^{er} janvier, la malade se trouve fatiguée, la tête lourde. Elle mange peu. Elle a parfois des coliques abdominales. Pas d'autres troubles fonctionnels.

Actuellement, on constate nettement que la malade est nerveuse, mais sans stigmates très nets. Il n'y a pas de zone hystérogène, ni de rachialgie, ni de céphalalgie. Pas d'hémi-anesthésie, mais diminution nette de la sensibilité dans les deux membres inférieurs, où l'on peut traverser de part en part les téguments sans déterminer de réaction douloureuse et sans issue de sang.

Conservation du réflexe plantaire et tendineux. Le réflexe rotulien est exagéré à droite.

Il y a hyperesthésie nette conjonctivo-cornéenne. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Le réflexe pharyngien est conservé.

La malade se plaint d'une douleur dans la région de la nuque à droite de la ligne médiane. Cette douleur, qui n'est pas exagérée par la pression, raidit le cou. Elle ne paraît répondre à aucune lésion.

Asymétrie facile. La moitié droite de la face paraît parésisée.

Rien du côté de l'abdomen.

La langue est saburrale.

Rien aux poumons. Pas de toux.

Cœur. — La pointe est abaissée et déviée au dehors. Elle bat au niveau du 5^e espace, en dehors du mamelon. A la palpation on perçoit nettement un choc en dôme.

A la percussion, la matité cardiaque est nette, allongée verticalement.

A l'auscultation, à la pointe, le premier bruit est assez fortement claqué et précédé d'une sorte de roulement.

A l'orifice aortique, mais surtout le long du bord gauche du sternum, avec maximum au niveau du 4^e espace, on note un souffle diastolique net, doux, prolongé, se propageant nettement en bas le long du sternum. Pas de propagation nette dans les vaisseaux du cou.

Pas de signe périphérique d'insuffisance aortique; pas de bruit de Durozier; pas de pouls capillaire; pas de pouls de la luette ou amygdalien. Mais le pouls radial est assez ample et brusque. Il bat 80 fois par minute. On perçoit nettement les artères du cou.

Urines : pas de sucre, ni d'albumine.

On traite la malade par l'iodure, le bromure, le chlorate de potassium et par la belladone.

19 janvier. — La malade se plaint de céphalée. Elle a une température subfébrile = 38°4.

19 février. — La malade présente de la dysarthrie, sans aphasie ni paraphasie.

Cœur. — A l'orifice aortique, souffle systolique court et suivant le souffle diastolique.

A la pointe, souffle systolique et diastolique.

23 mars. — On a fait à la malade une injection de nitrate d'argent, 10 gouttes de la solution à 1/10, dans la région de la nuque à gauche. Il s'y est développé un abcès. La malade va mieux. Elle ne souffre plus de la tête. Elle parle mieux. Elle remue beaucoup mieux les membres supérieur et inférieur du côté droit.

Renseignements de la famille. — La malade a déjà eu antérieurement un accident semblable. Elle avait perdu con-

naissance pendant plusieurs heures et vomi. Elle était tombée. Pas de paralysie.

Il y a quelque temps qu'elle était essoufflée. Pas d'œdème. Elle avait des vertiges.

Elle est tombée sans perdre connaissance, elle eut la parole embarrassée. Progressivement elle a senti s'alourdir son bras droit.

Jamais d'hémiplégie complète, de divagation, de délire.

OBSERVATION XI

HÉMATOMYÉLIE

S..., 46 ans, journalier. Salle St-Augustin, n° 1.

Entré le 14 août 1899. Sorti en mars 1900.

Le malade nie toute maladie vénérienne. Pas d'alcoolisme. Pas de rhumatisme.

A 20 ans, maladie indéterminée qui aurait duré un an, dont deux mois au lit. Au cours de cette maladie, chute des cheveux et desquamation généralisée.

Il y a trois semaines, le malade, portant un fardeau, glissa et tomba à la renverse. Il perdit connaissance. On dut le relever et l'emporter. La perte de connaissance n'a duré que quelques minutes. Quand il revint à lui, il ne pouvait pas marcher; mais il dit que ses jambes n'étaient pas entièrement paralysées. Cinq à six jours après il put commencer à marcher un peu. Depuis il n'y a pas eu de changement.

C'est aussi depuis sa chute qu'il a les deux bras faibles, surtout le gauche.

Depuis la chute, difficulté d'uriner. Parfois miction involontaire.

Pas de trouble de la défécation.

Actuellement les troubles urinaires indiqués persistent.

Depuis le début, il a aussi des douleurs tout le tour de la ceinture, surtout dans les reins et vers les lombes. Enfin tout le long des deux membres inférieurs, il a des douleurs qu'il compare à des brûlures.

Il accuse une faiblesse dans les deux membres inférieurs ; en le faisant préciser il déclare que c'est plutôt une raideur. Il marche à petits pas, les jambes raides, les pieds frottant le sol.

Il ne semble pas y avoir de trouble de la sensibilité au contact ni à la piqure.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés et il y a de la trépidation épileptoïde des deux pieds.

Réflexe plantaire à peu près aboli.

Aux deux mains, surtout à gauche, il y a une faiblesse assez notable des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts. Intégrité du long supinateur.

Les mouvements du coude se font avec force des deux côtés. Ceux de l'épaule se font moins bien surtout à gauche. Dans les mouvements communiqués à cette articulation, on sent qu'il n'y a pas d'ankylose, mais que les muscles périarticulaires sont contracturés.

Pas de trouble sensitif aux membres supérieurs.

Rien à l'examen de la colonne.

Le malade voit bien. Rien à la musculature externe. Pupilles normales.

Il tousse peu ou pas.

Aux poumons : obscurité respiratoire et légère submatité sous la clavicule droite.

Rien au cœur.

Pas d'albumine.

18 août. — Quand il est tombé, le malade portait un fardeau de 80 kilogs. Ce fardeau lui tomba sur l'épaule gauche : c'était sur un sol de ciment. Il tomba à la renverse : la tête ne heurta pas le sol. Il n'avait absolument rien avant cet accident.

Quelques ganglions inguinaux des deux côtés.

Il ne souffre pas de la tête. Pas de douleur le long de la colonne quand on la percute ou qu'on frappe sur la tête.

Rien à la face.

A l'examen de la sensibilité thermique, le malade ne commet aucune erreur aux membres supérieurs ; au contraire, aux membres inférieurs, il se trompe très fréquemment, prenant surtout le froid pour le chaud.

Tremblements fibrillaires très intenses dans la jambe gauche uniquement.

Tremblements épileptoïdes des deux pieds et de la rotule gauche.

Aux membres supérieurs les réflexes ne sont pas exagérés.

22 août. — Un peu de peine à uriner.

L'état est le même. Tremblements fibrillaires légers dans les deux cuisses.

Le malade croit la jambe gauche plus faible que la droite.

25 août. — A l'avant-bras et à la main, le malade sent un peu plus fortement la piquûre du côté droit que du côté gauche.

Sueurs abondantes sur les deux avant-bras, surtout le gauche.

1^{er} septembre. — Même état, tant aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. On ne peut étendre complètement les coudes, donc un peu de contracture. Le malade résiste mieux aux tentatives d'extension communiquées au coude qu'à celles de flexion. Les extenseurs des doigts assez forts à droite, cèdent facilement à gauche.

Mêmes phénomènes douloureux spontanés aux membres inférieurs.

Un point douloureux sur la seconde lombaire ; un autre sur la 2^e ou 3^e dorsale.

Le malade a souvent froid aux membres inférieurs.

Sueurs abondantes aux avant-bras droits.

12 septembre. — Œdème lombaire.

Le malade tousse un peu depuis quelques jours. Obscurité à droite, en arrière.

21 septembre. — Depuis quelques jours éruption de macules rouges sur les deux membres inférieurs.

24 septembre. — L'éruption envahit le ventre. Aux cuisses elle est très confluyente.

10 octobre. — Constipation. Douleurs de ventre.

27 octobre. — Mêmes douleurs aux membres inférieurs. Desquamation aux deux pieds.

24 novembre. — Le malade souffre toujours à la pression dans la région dorso-lombaire.

Il existe quelques irradiations douloureuses sur les nerfs intercostaux, dans les nerfs abdomino-génitaux et dans la cuisse.

3 mars 1900. — Le malade se plaint toujours de son dos.

On lui fait, de chaque côté de la colonne, deux injections de nitrate d'argent à 1/10.

30 mars. — Les injections ont déterminé la formation d'abcès circonscrits, qui se sont résorbés sans s'ouvrir.

Le malade part pour Longchêne.

Il se plaint toujours de ses membres inférieurs; il marche toujours avec raideur.

Les injections n'ont produit aucun résultat.

Il a été traité aussi par l'huile et l'alcool camphrés, le bromure de potassium et l'antipyrine.

OBSERVATION XII

(Empruntée à la *Province Médicale* et rédigée par M. CADÉ, interne de
M. BONDET.)

MÉNINGITE CÉRÉBRALE AIGUE

G. T. . . , âgé de 48 ans, exerçant le métier de maçon, entre salle Saint-Augustin le 3 décembre. Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt; son père est vivant, âgé de 83 ans; sa mère est morte vers 60 ans, d'une affection indéterminée. Il a perdu deux frères âgés de moins de 10 ans. Il a encore deux frères et deux sœurs en bonne santé.

Il est célibataire, sans enfants. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques très notables, mais il boit habituellement deux litres de vin par jour. Il n'a jamais été atteint d'affection sérieuse antérieure.

Depuis le milieu d'octobre et jusqu'au début de l'affection actuelle, il a été occupé au nettoyage de puits remplis d'immondices, à émanations fétides, où l'air était à peu près irrespirable et où la flamme d'une bougie s'éteignait. Il ne pouvait y descendre qu'après y avoir fait flamber quelques fagots de sarments.

C'est au cours de ces travaux que cet homme qui, jusque-là, bien portant et qui n'avait présenté ni coryza, ni otite, ni grippe, commença vers le 20 novembre, c'est-à-dire il y a quatorze jours environ, à éprouver de la céphalée et à perdre l'appétit. La céphalée fut d'abord peu intense, mais elle était généralisée. Les jours suivants, elle devint beaucoup plus vive, elle fut accompagnée de nausées, de vomissements, d'une sensation de lassitude et de fatigue générale et, au bout de quatre ou cinq jours, le malade était contraint

d'interrompre son travail. Il se soigna chez lui pendant une huitaine de jours, mais sans résultats.

La céphalée persistait, très vive, ainsi que les phénomènes digestifs et, en particulier, les vomissements. Il n'y eut, à aucun moment, ni coryza, ni épistaxis, ni douleur ou écoulement d'oreille. Pas de diarrhée. Le malade toussait un peu, mais n'a éprouvé ni frisson, ni dyspnée, ni point de côté.

Devant l'insistance des troubles morbides et l'aggravation de son état, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 3 décembre.

Examiné le jour même, il se plaint de sa céphalée, mais éprouve une certaine peine à raconter son histoire. Il présente des phénomènes d'excitation, et il est en proie à un léger délire de paroles. La peau est chaude, la température élevée (39°9), mais, contrastant avec cette hyperthermie, le pouls est considérablement ralenti et ne bat que 48 fois à la minute. Il est, d'ailleurs, assez fort, régulier, de tension moyenne.

Les battements du cœur sont réguliers, ses bruits ont leurs caractères normaux, mais on note, cependant, à la pointe, un petit souffle systolique doux, léger, modifiable par les mouvements respiratoires.

On ne trouve rien à l'auscultation des poumons, et le crachoir est vide.

L'abdomen n'est ni ballonné, ni excavé, il ne présente ni sensibilité anormale, ni gargouillements, ni taches rosées. La matité splénique est perceptible sur une hauteur de deux ou trois travers de doigt.

L'urine est claire, de coloration normale, et contient un nuage léger d'albumine.

Le surlendemain, 5 décembre, on trouve le malade en proie à un délire violent de paroles et d'action et on a été obligé de lui appliquer la camisole de force.

Les paupières sont fermées et il existe nettement de la photophobie, les pupilles sont resserrées, mais égales. La nuque est raidie et le tégument est le siège d'une hyperesthésie assez vive.

La température, quoique moins élevée que le premier jour,

est toujours fébrile et marque 38°. Le pouls est encore plus ralenti et bat seulement 44 fois à la minute. Les fonctions intestinales se font mal, il y a de la constipation. Il n'existe ni paralysie, ni contracture du côté des membres.

On applique au malade des sangsues derrière les apophyses mastoïdes.

Le 7 décembre, le malade va un peu mieux, le délire a presque complètement disparu, la fièvre est tombée, il n'y a plus d'hyperesthésie cutanée, la céphalée est moins forte.

Le séro-diagnostic tuberculeux, pratiqué ce jour-là par M. P. Courmont, est absolument négatif.

Le 9 décembre, le mieux se maintient, il y a moins de céphalée, mais le pouls est toujours ralenti et ne présente que 54 pulsations à la minute.

Les réflexes rotuliens sont diminués.

Le 11 décembre, on note toujours 54 pulsations à la minute à la radiale. Le malade est encore en proie, la nuit, à du délire. L'état général n'est pas mauvais, il n'y a pas de fièvre.

Le séro-diagnostic éberthien est pratiqué, ce jour-là, par M. P. Courmont et son résultat est négatif.

Le 19 décembre, l'état général est bon, il n'y a plus de délire, la langue est propre, les fonctions intestinales ont repris leur cours normal. Il persiste toujours un peu de pesanteur de la tête et le pouls est encore ralenti (50 pulsations par minute). Pour liquider définitivement l'inflammation méningée, M. le professeur Bondet nous fait pratiquer à la nuque, de chaque côté, une injection de cinq gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/10.

Le 3 janvier, nous notons que les injections de nitrate d'argent ont déterminé de chaque côté de la ligne médiane, à la nuque, la formation d'un abcès gros comme une noix, nettement fluctuant. Nous incisons ces petites collections.

Le malade peut quitter l'hôpital quelques jours après. Il ne présente plus aucun trouble morbide. La céphalée a disparu, les fonctions digestives se font bien, l'appétit est revenu. Le pouls a repris une allure normale (80 pulsations à la minute). Il n'existe plus aucun trouble du côté des yeux.

CONCLUSIONS

I. — Les injections sous-cutanées de nitrate d'argent sont un des plus puissants moyens de révulsion que nous ayons à notre disposition.

II. — Ces injections nous paraissent indiquées dans les cas où il est besoin d'une révulsion énergique et durable.

Nous les conseillons notamment :

a). Dans les affections de l'estomac qui s'accompagnent de douleurs et d'hypersécrétion ; la maladie de Reichmann, l'ulcère de l'estomac, la gastrite alcoolique en sont les types ;

b). Dans toutes les néphrites aiguës et subaiguës ;

c). Dans les affections du cœur et de ses enveloppes : endocardite et péricardite ;

d). Dans les inflammations du système nerveux, myélite et méningite, à leur période d'évolution, et dans les névralgies rebelles.

VU :

Le président de la Thèse,
BONDET

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 décembre 1900

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BUCQUOY. — Traité de Thérap. d'Albert Robin. Fasc. XII.
Affections de l'estomac.
- NETTER. — *Bul. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1892
- FOCHIER. — Traitement des infections générales pyogènes,
Société des Sciences Médicales de Lyon, juillet 1892.
- FOCHIER. — *Lyon Médical*, août 1891.
- FOCHIER. — Congrès de Gynécologie de Marseille, 1898.
- DIEULAFOY. — *Bul. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1892.
- NETTER. — *Bul. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1894.
- FRANCK. — *Archives de Physiologie*.
- MÉRY. — *Bul. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1896.
- BABLON. — Th. Lyon, 1900.
- RENAUT. — Dict. des Sciences Méd., Art. *Dermatoses*.
- SOULIER. — Traité de Thérapeutique.
- TRIFON. — Th. Lyon, 1899.
- SANSONI. — *Presse Médicale*, septembre 1900.
- CHARRIN. — Path. gén. de Bouchard, Art. *Congestion*.
- BAUER. — *Virchow's Archiv.*, 1899.
- CHARRIN. — *Société de Biologie*, 1887.

- REVILLIOD. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1892.
RECLUS. — *Traité de Path. ext. des 4 Agrégés*, vol. 1.
CHARRIN. — *Semaine Médicale*, 1897.
REVILLIOD. — *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1896.
HALLOPEAU. *Tr. élém. de Pathol. générale*.
LUTON. — *Traité des injections sous-cutanées à effet local*,
Paris, 1875.
THIERRY. — *Soc. Med. de Rouen*, 1892.
CHAUFFART. — *Principes de la pathologie générale*, Paris, 1862.
CHANTEMESSE et MARIE. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de
Paris*, 1892.
DECKER. — *Centralbl. f. Chir.*, n° 2, 1888.
MANQUAT. — *Thérapeutique*.
BESSON. — *Th. de Lyon*.
DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie interne*.
FELTZ. — *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, 1898.
Province Médicale, n° du 10 mars 1900.

